



**UNIVERSIDADE DO MINDELO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO**

**ANO LETIVO 2015/2016**

**Autora: Armanda Antónia da Luz Silva Nº 3650**

**Mindelo, Outubro de 2016**

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

**ADESÃO TERAPÊUTICA DOS DOENTES COM TUBERCULOSE  
INSCRITOS NA DELEGACIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE NO  
ANO DE 2015/2016**

Discente: Armanda Antónia da Luz Silva  
Orientador: Dr. José Luís Lima Spencer

**Mindelo, outubro 2016**

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus filhos que sacrificaram muito devido a minha ausência durante a formação. O apoio da minha família foi fundamental para este trabalho de que muito me orgulho.

## **Agradecimentos**

À Deus por me ter dado força de vontade para elaborar este trabalho.

Ao meu orientador José Luís Lima Spencer pela dedicação, e paciência.

À enfermeira recém-formada Carina Rodrigues pelas achegas.

À enfermeira Vanessa Cid que se encontra em estágio profissional no Centro de Saúde Fonte Inês, pela ajuda nomeadamente na correção.

À enfermeira Telma Monteiro pela ajuda na correção do trabalho.

E a todos os enfermeiros do Centro de Saúde de Fonte Inês, pela sua colaboração.

## **Epígrafe**

*“Tuberculose não se combate com sorte mas com atitude”*  
(Carlos Modesto)

## Índice

INTRODUÇÃO.....	12
Justificativa e Problemática .....	14
Pergunta de partida .....	17
Objetivos específicos: .....	17
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	18
1.1. Breve Historial da Tuberculose .....	19
1.2. Conceito da Tuberculose .....	20
1.3. Etiologia.....	22
1.3. Sinais e sintomas.....	23
1.4. Contágio e transmissão .....	23
1.5. Grupos vulneráveis e fatores que contribuem para o contágio .....	25
1.6. Manifestações clínicas .....	25
1.7. Métodos de diagnóstico Clínico.....	26
1.8. Diagnóstico de Enfermagem Segundo Nanda .....	27
1.8.1. Intervenções de Enfermagem NIC .....	31
1.8.2. Plano de cuidado executado pelos enfermeiros da DSSV.....	36
1.9. Instrução para a colheita de expetoração .....	38
1.9.1. Ensino Colheita da 1ª amostra:.....	38
1.9.2. Colheita da 2ª Amostra .....	38
1.10. Tratamento .....	39
1.11. Mudança de Comportamento/Diminuição de Contaminação .....	40
1.12. Reações adversas dos Medicamentos.....	41
1.13. Esquema terapêutico de Cabo Verde .....	41
1.13.1. Os casos que se deve ter atenção perante a terapêutica:.....	42
1.14. Profilaxia .....	42
1.15. Factores de não adesão terapêutica dos utentes de tuberculose .....	43
1.16. O Papel da Enfermagem no Controlo da Tuberculose.....	44
1.17. Contribuição da Enfermagem na Redução da Tuberculose .....	45
1.18. Preparação do Utente/Família Incentivando a Continuidade do Tratamento ...	45
CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA .....	48
2.1. Tipos de estudo .....	49
2.2. População-Alvo .....	50

2.3. Aspetos Éticos legais .....	50
2.4. Instrumento de recolha das informações .....	51
2.5. Descrição do Campo Empírico .....	52
2.5.1. Equipas de serviço .....	53
CAPITULO III - FASE EMPÍRICA .....	54
3.1. Apresentação e Interpretação das informações .....	55
3.1.1. Caraterística da enfermeira .....	55
3.1.2. Requisitos dos utentes entrevistados .....	56
3.2. Análise e Interpretação dos Resultados .....	57
3.2.1. Depoimento da enfermeira entrevistada .....	57
3.2.2. Depoimento dos portadores .....	58
3.3. Discursão dos resultados .....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	64
Apêndice I – Carta da direção DSSV .....	lxi
Apêndice II - Guião de entrevista ao enfermeiro .....	lxx
Apêndice III – Guião de entrevista aos utentes de TB. ....	lxxi
Apêndice IV - Termo de Responsabilidade de Orientação .....	lxxii
Anexo I - Medicamentos antituberculosos de 1ª linha (Apresentação isolada). ....	lxxiii
Anexo II - Medicamentos Antituberculosos de 2ª Linha (ou de Reserva) .....	lxxiv
Anexo III- Cronograma .....	lxxvi
Anexo IV- Total de casos TP em São Vicente .....	lxxvii
Anexo V - Relatório estatístico anual, de casos de tuberculose- 2015 .....	lxxviii
Anexo VI- Casos novos de TB EXTRA-PULMONAR por idade e sexo Ano: 13/01/2016 .....	lxxix

## **Lista de Quadros**

Quadro 1 – Sinais e sintomas do utente segundo Nanda.....	28
Quadro 2 – Diagnóstico e intervenção de enfermagem NIC.....	32
Quadro 3 – Intervenção de enfermagem nos centros de saúdes SV.....	36
Quadro 4 - Apresentação dos dados da enfermeira .....	56
Quadro 5 - Caraterísticas dos utentes .....	56



## RESUMO

A Tuberculose é uma doença contagiosa, transmissível de pessoa para pessoa, através das gotículas de saliva. É considerada um problema de Saúde pública, e uma preocupação dos governantes em todo o mundo. Dada esta problemática, pretende-se estudar o tema “Adesão terapêutica dos doentes com tuberculose” inscritos na Delegacia de Saúde de São Vicente (DSSV), do ano 2015 a 2016, para se identificar quais os fatores de não-adesão terapêutica dos utentes desta instituição estudada.

Nesta pesquisa optou-se por um trabalho de carácter qualitativo, exploratório e descritivo, com uma abordagem fenomenológica. A recolha de informações foi feita através da entrevista semi-estruturada dirigida a oito (8) entrevistados portadores da doença e uma outra entrevista ao enfermeiro responsável pelo Programa Nacional de Luta contra o Tuberculose e Lepra (PNLTL) em São Vicente.

Das entrevistas feitas aos utentes constata-se que mais de 90% fazem corretamente o tratamento. Uma porção pouco relevante dos entrevistados referiu esquecer-se dos medicamentos nos fins-de-semana. Geralmente, residem perto da Delegacia de Saúde ou das estruturas periféricas, e isso facilitam na Toma sob observação direta (DOTE). Quanto ao grau académico a maioria é analfabeta, todos coabitam com outras pessoas e têm apoios familiares. No entendimento dos utentes é importante que o enfermeiro faça educação para saúde constante, principalmente para chamar atenção dos riscos que correm ao abandonar o tratamento quer para os mesmos e ainda pela comunidade onde estão inseridos. E que os utentes portadores da TB tendem a seguir com o tratamento mesmo com as dificuldades que vão aparecendo ao longo do mesmo.

**Palavras- Chave:** Tuberculose, abandono do tratamento, cuidados de enfermagem;

## **ABSTRAT**

Tuberculosis is a contagious disease, transmissible from person to person, through droplets of saliva. It is considered a public health problem, and a concern of rulers around the world. Given this problem, we intend to study the theme "Therapeutic adherence of patients with tuberculosis" enrolled in the São Vicente Health Office (DSSV), from 2015 up to 2016, in order to identify which factors of non-adherence studied by the Institution.

In this research we opted for a qualitative, exploratory and descriptive work, with a phenomenological approach. Information was collected through a semi-structured interview addressed to eight (8) respondents with the disease and another interview with the nurse responsible for the National Program interviewees mentioned forget about the weekends. They usually reside near the Health Department, or peripheral structures, and this facilitates the Direct Observation Observation (DOTE). About the academic level the majority is illiterate; everyone cohabits with other people and has family support. In the understanding of the users it is important that the nurse make education for constant to Fight Tuberculosis and Leprosy (PNLCTL) in São Vicente.

From the interviews made to the users it is verified that more than 90% do the treatment correctly, a little relevant portion of the health, mainly to draw attention to the risks that occur when abandoning the treatment for both them and the community where they are inserted. And that the users with TB tend to follow the treatment even with the difficulties that appear along the same.

**Keywords:** Tuberculosis, treatment abandonment, nursing care;

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **BAAR**-Bacilo – Álcool – Ácido – Resistente
- **BCG** - Bacilo Calmet Guérin
- **BK** - Bacilo de Koch
- **Cit**-citado
- **DOT**- Toma sob Observação Direta
- **DSSV** - Delegacia Saúde de São Vicente
- **E**-Etambutol
- **H**- Isoniazida
- **In**- Em
- **OMS** - Organização Mundial de Saúde
- **PNLCTL**-Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra
- **PPD**- Derivado Proteico antigénico do bacilo purificado
- **PSF/PACS**- Visita de Profissionais de Saúde ou Agentes Comunitários de Saúde.
- **PT**-Prova tuberculina
- **RHZE**- Rinfampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol
- **R**-Rinfampicina
- **SSC**- Serviço de Saúde Comunitária
- **SWAP**- Sector-Wide Approach
- **TB**- Tuberculose
- **TBP**-Tuberculose pulmonar
- **TB-MDR** Tuberculose Multidroga Resistente
- **TS**- Tratamento Supervisionado
- **US**- Unidade de Saúde
- **VIH** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- **Z**-Pirazinamida

## INTRODUÇÃO

O presente estudo surge no contexto de conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem, lecionada na Universidade do Mindelo, e tem como tema “*Adesão terapêutica dos doentes com tuberculose*” inscritos na Delegacia de Saúde de São Vicente no ano 2015/2016.

A escolha do tema tem a ver com o fato de estar a exercer funções num Centro de Saúde (CS) que faz o acompanhamento dos doentes de TB em tratamento, seguindo as orientações da estratégia DOT com observação direta da toma dos medicamentos conforme as directrizes atuais do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra (PNLCTL) e da OMS. Neste âmbito e, acrescido do fato desta doença ser contagioso e transmitida pelo ar, surgiu o interesse em desenvolver este trabalho visando minimizar o impacto da doença nas comunidades através de ações de enfermagem bem estabelecidas.

A tuberculose (TB), considerada das mais antigas doenças que acompanha a história do ser humano, apresenta-se como um importante problema de saúde pública, preocupando as autoridades sanitárias de todo mundo. A preocupação com a efetividade do tratamento deve-se ao fato da terapêutica irregular, além de não levar a cura dos doentes, podem transformá-los em possíveis casos resistentes às drogas usuais. Várias medidas têm sido tomadas pelas entidades de saúde, procurando maior efetividade à adesão ao tratamento, entretanto observa-se que o tema investiga além disso os factores que acarreta.

Mas é importante realçar que os profissionais de saúde juntamente com os responsáveis devem unir os esforços para ajudar a minimizar o impacto social da doença e entender as causas que levam os utentes à não adesão ao tratamento; Para incentivar a adesão, é necessário que façamos educação e promoção de saúde sempre, tanto individual como coletivo.

Mas esta estratégia exige o compromisso do Governo em garantir os recursos para o controle da doença, na organização dos serviços para a descoberta, diagnóstico e tratamento dos casos, garantir o fornecimento regular dos medicamentos, exames laboratoriais nos serviços de saúde e na composição de um sistema de informação eficiente de registo e acompanhamento até a cura.

É de realçar a conduta da equipe de saúde que tem grande importância para o sucesso do tratamento e deve envolver profissionais das diversas áreas de Saúde. O profissional de saúde, tem a função de intervir, planeando os cuidados necessários a cada

utentes/família, oferecendo incentivo no que diz respeito à continuidade do tratamento, disponibilizando ferramentas de educação sanitária, para melhor conhecer a doença e promoção de comportamentos assertivos de saúde. Entretanto, é de realçar o papel das famílias/sociedade e o Estado, que junto trabalham para uma maior efetividade ao tratamento.

Assim, é importante abordar esta temática numa ótica da enfermagem, visto que o enfermeiro está em contacto direto com o utente, desde o momento do diagnóstico ao tratamento até a cura, otimizando os cuidados, através da compreensão dos fatores que influenciam a não adesão terapêutica, contribuindo assim para o decréscimo desse fenómeno.

Estruturalmente, o estudo encontra-se organizado em três capítulos distintos, incluindo as referências bibliográficas. No primeiro momento é abordado uma nota introdutória, apresentação do problema e a justificativa da investigação, estando em evidência a pergunta de partida, o objetivo geral e os objetivos específicos definidos ao longo da investigação apresentada. No Capítulo I, consta o enquadramento teórico, onde pretende-se expor os principais conceitos. No Capítulo II, versa a fase metodológica e, no Capítulo III, apresenta-se a fase empírica com os resultados, as considerações finais, e a conclusão.

## **Justificativa e Problemática**

O referido tema foi escolhido uma vez que este tem sido no mundo, especificamente em Cabo Verde, um problema de saúde pública. Considerando a sua forma de transmissão, também pelo fato de estar a exercer funções num Centro de Saúde (CS) que faz o acompanhamento dos doentes de TB em tratamento, seguindo as orientações da estratégia DOT com observação direta da toma dos medicamentos conforme as directrizes atuais do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra (PNLCTL) da OMS, aprofundar conhecimentos através da investigação feita, e adquirir experiencia para ajudar ainda mais os utentes a minimizar o impacto social da doença.

Neste sentido, pretende-se entender as causas que levam os utentes à não adesão ao tratamento, e de acordo com as informações estudados, analisar o que se pode fazer, por forma a reduzir ainda mais a doença.

Pois estudar este fenómeno sob a ótica de enfermagem é de grande valia, mostrando o quão importante trabalhar juntos dos grupos de indivíduos com TB, detetando situações ou fatores que dificultam a adesão ao tratamento, disponibilizando ferramentas educativas para lidar com situações adversas, consequentemente promovendo o bem-estar dos indivíduos tendo uma repercussão na saúde pública.

Com isso nota-se, que uma das dificuldades na adesão ou o abandono do tratamento esta relacionado à melhoria dos sintomas criando uma ilusão da cura antes de terminar o tratamento. Portanto, é nesta ótica que o profissional de saúde entra para fazer a supervisão tanto na administração sob observação, como na busca do utente na comunidade.

A rotina do trabalho diariamente tem sido o cumprimento das recomendações da administração e a vigilância da medicação aos doentes de TB.

Segundo o relatório anual da Organização Mundial de Saúde (OMS), “estima-se que um terço da população mundial esteja infetado por *Mycobacterium tuberculosis* e cerca de 9 milhões desenvolve a doença infecciosa” (Ministério de Saúde Cabo Verde 2012). O que é preocupante, para os profissionais de saúde e os governantes.

Conforme relata a OMS, 9.27 milhões de novos casos de TB foram diagnosticados no mundo, em 2007, aproximadamente 1.7 milhões de pessoas que morreram pela doença, destes 0.7 milhões de casos e 0.2 milhões de mortes foram em HIV positivos (Ministério de Saúde de Moçambique, 2009).

Ainda, Façanha (2005) realça no seu estudo que a TB “em 1993 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma emergência mundial devido à reincidência da doença nos países desenvolvidos, onde se previa que estivesse sob controlo”.

Com isso, Moreira e Cardoso, (2005), afirma que a TB, com cerca de cinco mil anos de história, ainda “ocupa, em nossos dias, a liderança mundial. Sendo mundialmente um importante problema de saúde pública, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle”, levando em conta “aspectos humanitários, económicos e de saúde pública”.

Conforme Nogueira *et. al.* (2012), o Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo, estimando-se uma prevalência de 50 milhões de infetados, mas que não desenvolveram a doença, com contaminação de mais de 1,0 milhão de pessoas a cada ano pelo contato com os doentes. Anualmente, surgem no Brasil aproximadamente 111 mil novos casos e ocorrem 6,0 mil mortes.

Assim, de acordo com os estudos do Ministério de Saúde do Brasil, (2011), “verifica-se que a região que maior contribuem para o peso dessa doença a nível mundial, é o continente africano”. Isso devido a coinfeção pelo tuberculose e HIV.

No que se refere a Cabo Verde, a OMS conta que a “média esperada anual no país é entre 600 e 700 casos, admitindo o risco anual estimado em 1999, de 1,5%. Habitualmente, os casos notificados situam-se à volta de 350 a 400 casos anuais (57% do esperado de acordo com a estimativa da OMS citado acima)” (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2012).

Conforme Bento *et. al.* (2011), em Cabo Verde constatou um aumento de casos de Tuberculose Pulmonar nos últimos anos, desde 2007.

Averiguou-se que no ano de 2006, noticiou-se certas regiões no país com maior número de doentes, particularmente a cidade da “Praia com 38% de casos novos e S. Vicente com 16%, entretanto as maiores taxas de prevalência, por 100.000 habitantes no mesmo ano, foram registadas no Maio (130) e em São Filipe 109” (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2011).

Segundo os últimos dados, “foram registados em 2010 o total 365 casos, destes, 186 novos casos TP, 98 Casos Novos TP, 54 TB Extra Pulmonar, 18 recaídas, 2 retratamento/fracasso e 7 casos de tratamento. O total de óbitos foi de 21, para uma taxa de incidência de 68,7/100.000, prevalência de 74,2/100.000 e uma taxa de mortalidade de 4,3/100.000”, (Ministério da Saúde, 2010). Portanto, nesse ano o país enfrenta desafios

importantes como a falta de condições multirresistente e a elevada taxa de abandono do tratamento, em média de 12% ao ano (Bento *et. al.*, 2011).

Os dados estatísticos feitos pelo Ministério de Saúde, “mostram que a incidência da TB em Cabo Verde, no ano de 2013, ronda os 186 casos notificados nas delegacias de saúde em todo o país. Esses dados revelam a TB como um problema de saúde pública” (*cit. in Furtado, 2013*).

Por isso surge o interesse em estudar o tema mais concretamente na ilha de São Vicente, com os utentes de TB da Delegacia de Saúde, visto que é um problema que se encontra presente nas comunidades, transformando-se num problema para a saúde das comunidades.

Neste sentido, surge a seguinte pergunta de partida: *Quais são os fatores predispoem a não-adesão, terapêutico dos doentes com tuberculose inscritos na Delegacia de Saúde de São Vicente?*

De acordo com os dados fornecidos na Delegacia de Saúde, 57 casos de TB foram registados durante o ano de 2015. Mais de 90% dos casos segue o tratamento e atinge a cura. Desses 57 casos são de todas as formas de TB (casos novos BK positivo e negativo; casos novos de TB extrapulmonar e outros casos). O estudo escolhido é de casos de TB pulmonar, que abrange recaída, abandono ou fracasso. Sendo assim 87,7% é o valor dos casos pulmonares, onde o sexo masculino corresponde a 64,9% (ou seja 37 casos) e feminino 22,8% (ou seja 13 casos). Ainda temos os casos TB extrapulmonar com uma representação de 10.5%, o que corresponde 6 casos, do sexo masculino e feminino, respectivamente 8,8% e 1.8%.

Em relação aos casos de TB pulmonar BK positivo constatou-se situações de recaída em 18,9% (um total de 7 dos 37 casos novos registados). Uma percentagem de abandono de 2,7%, ou seja, um caso de TB positivo. Não houve ocorrência de situações de fracasso terapêutico no período em estudo. Assim, garantidamente temos 97,3% de sucesso ou cura dos casos de TB. (Fonte da DSSV 2016). Ver o anexo- IV.

Torna-se de extrema relevância estudar e intervir juntos a estes utentes, levando em conta as várias áreas da saúde, promovendo a saúde biopsicossocial dos indivíduos e do meio onde encontram-se inseridos.



## **Pergunta de partida**

Para a execução deste trabalho foi estabelecida a seguinte pergunta de partida:  
“Quais são os fatores que predisõem a adesão terapêutica dos doentes com tuberculose inscritos na Delegacia de saúde São Vicente?”

### **Objectivo Geral:**

Identificar os factores que contribuem para adesão terapêutica dos doentes com tuberculose inscritos na DSSV.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos utentes da TB na Delegacia de Saúde São Vicente;
- Analisar os conhecimentos dos utentes com TB, sobre a sua doença inscritos na DSSV;
- Identificar os comportamentos a nível de adesão ao tratamento dos utentes com TB inscritos na DSSV;
- Descrever os factores que levam ao abandono do tratamento BT pelos utentes inscritos na DSSV;

## **CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. Enquadramento Teórico**

Pretende-se expor o enquadramento teórico informação obtidas das consultas e análises bibliográfica, que é pertinente para a percepção do estudo, o que ajuda a responder as questões.

### **1.1. Breve Historial da Tuberculose**

A tuberculose historicamente atinge a humanidade desde os tempos remotos que, paradoxalmente ao desafio que ainda revela “á medicina atual, é designada uma das mais antigas doenças que acomete o ser humano” (March, 1985).

Conforme outros relatos existia “evidência de lesões de tuberculose em múmias egípcia com cerca de quatro milénios” (Lopes, 2011). Também a doença era atribuída a diversas causas como a “hereditariedade, aos miasmas e a outros determinantes ambientais e sociais” (Rodrigues *et. al.* 2007).

Já em torno de “350 a.C., Aristóteles observou o caracter contagioso da doença, nessa época os romanos já conheciam” a doença, pois havia um “médico grego que trabalha para Roma nos séculos II d.C.” que, postulou esquemas terapêuticos que perduram por mil anos, como o repouso, o clima ameno e uma alimentação saudável (*ibidem*).

Ainda o pai da medicina, Hipócrates abarcava um leque de informações sobre o assunto, descrevendo a doença como “tísica” que significa derreter-se ou fundir-se, devido as suas características consumptivo. Resultado de uma “escola médica” que procurava antes de mais nada registar as observações sobre os fenómenos da natureza, realizando com maior pormenor em compreender a patologia dos pulmões, separando-se do domínio restrito dos princípios religiosos e classificando-a como a mais difícil de curar e a mais fatal das doenças conhecidas na época (Filho, 1950).

Mais tarde no século XVII, Francisco Silvius de Layden, anatomista holandês, descreveu nódulos duros localizados nos pulmões de doente e os denominou de “tubérculos”, lançando uma teoria, que a tísica desenvolvia a partir das cavidades pulmonares (March, 1985). Entretanto, no século seguinte, após o período da Revolução Industrial, a doença alcançou números alarmantes, posteriormente ao surgimento de fábricas e cidades populosas e desorganizadas favorecendo a sua disseminação, primeiramente na Europa (Lopes, 2011), depois propagando-se também na Américas e África (March, 1985).

No século de XIX, a gravidade da situação já estava em regressão na Europa, embora conservasse o lugar de primeira causa de morte (Lopes, 2011). Ainda neste mesmo período, ocorreu uma maior compreensão sobre a doença, Johanm Schonheim, pela primeira vez deu o nome de “tuberculose”, em 1836. Anos mais tarde, mais concretamente em 1861, Oliver Wendell Holmes utilizou o termo “peste branca”, para realçar a ação devastadora da doença. Quatro anos mais tarde, em 1865, Antonie Villemin apresentou o desenvolvimento de tubérculos em animais disseminados com pus na cavidade pulmonar de doentes, comprovando a tuberculose (March, 1985).

Mas, somente em 1882, Roberto Koch cientista alemão isola o agente causal, *Mycobacterium tuberculosis*, que ficou conhecido como bacilo de Koch em sua homenagem (Nogueira *et al*, 2012).

No desenrolar dos tempos, em 1921, Albert Calmette e Camile Guérin, no Instituto Pasteur desenvolveram um bacilo inofensivo para o ser humano, mas com a capacidade de estimular a produção de anticorpos, a vacina do bacilo Calmete – Guérin (BCG) que, até hoje é utilizada. Em 1944, Albert Schatz, estudante de doutoramento do laboratório do Dr Selmán Waksman, descobriu a estreptomicina, o primeiro medicamento antituberculose (March, 1985). Anos seguintes, surgiu uma ligeira sucessão de fármacos antituberculose que tornou o tratamento primordialmente ambulatorial, reduzindo a necessidade de internamentos e consequentemente a desativação dos sanatórios. Pensando que a tuberculose estivesse sob controle e que deixaria de ser um problema de Saúde Pública (Rocha *et al*, 2013).

Apesar disso, o aumento populacional e da pobreza, o abandono do tratamento, a migração, o aumento da influência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em alguns países e as irregularidades nas políticas de saúde, induziram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a rematar que os governos de muitos países com alta prevalência de tuberculose negligenciaram o controle dos tuberculosos no passado (DGS, 2006).

Entretanto a OMS reconheceu a tuberculose como um importante problema de saúde pública até então negligenciado e sem controlo em muitas regiões do globo, declarando-a em 1993 como emergência global (Ministério de Saúde de Cabo verde 2012).

## **1.2. Conceito da Tuberculose**

A tuberculose é um grave problema de saúde pública, principalmente em idades mais produtivas das pessoas, destruindo a vida dos cidadãos mais frágeis socialmente

(Ministério de Saúde do Brasil, 2002). Desta maneira, é importante construir um novo olhar para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade que possibilite a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática (Barros *et al.* 2008).

Assim, a tuberculose é definida segundo Lopes, (2011) “como uma doença infecciosa causada por um microorganismo chamado, *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch (BK) que afeta principalmente os pulmões. Podendo também ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, gânglios, rins e meninges”.

O bacilo de Koch é uma bactéria de metabolismo lento, aeróbio e álcool-ácido resistente (BAAR), (Bertolozzi MR, *et al.*, 2014), de forma alongada e de dimensões pequenas, podendo decorrer meses entre o contágio e o aparecimento da doença (Lopes, 2011). No entendimento de Carneiro e Andrade (2008) sabe-se que a tuberculose é uma doença infecciosa, crônica, causada por uma microbactéria.

Segundo ERTAL (2011) há risco de contágio, mas com as possibilidades de cura, as pessoas continuam a sentir-se discriminadas pelo preconceito que no mundo atual ainda existe. É claro que a simples exposição ao bacilo não é suficiente para provocar a doença. Diversos fatores são responsáveis pela evolução da infecção tuberculosa, de um lado a resistência do indivíduo infectado, de outro o número de bacilos infectantes e a sua virulência.

Conforme Chirinos *et al.* (2011) considerando-se que, para a redução das taxas de abandono de tratamento, é prioritário o conhecimento dos fatores associados a esse abandono, no sentido de reorientar as pessoas em tratamento de TB para práticas e cuidados de saúde, surge a necessidade de conhecer o estado actual do conhecimento sobre o assunto.

Ao estar, perante a infecção, este aloja-se nos pulmões, podendo permanecer latente ou progredir para um estado mais evoluído da doença e, até mesmo, difundir para outras partes do corpo como meninges, rins, ossos e linfonodos (Mendes e Fensterseifer, 2004).

A tuberculose pulmonar é dividida em primária (primo - infecção) e secundária. A forma primária ocorre em indivíduos que ainda não tiveram contato com o bacilo, sendo, mais comum em crianças. A forma secundária desenvolve-se a partir de uma nova infecção (reinfecção exógena) ou da reativação de bacilos latentes (reinfecção endógena) (BOMBARDA *et al.*, 2001).

### 1.3. Etiologia

A *Mycobacterium tuberculosis* foi isolada, referido anteriormente, pelo cientista “Robert Koch em 1882” (March, 1985). É um bacilo recto ou ligeiramente curvo, aeróbio estrito, não encapsulado e não forma esporos. São bacilos imóveis, que medem de 0.2 a 0.6 µm de largura ou 1 a 10 µm de comprimento, e que necessitam de oxigénio para crescer e se multiplicar (Ministério de Saúde do Brasil, 2002).

Bertolozzi MR, *et al* (2014), afirma a tuberculose humana pode ser causada por cinco espécies de bactérias pertencentes ao complexo *Mycobacterium tuberculosis*, a saber *M. Tuberculosis*, *M. Bovis*, *M. Africanum*, *M. Microti*, *M. Canetti*.

Conforme Viveiros e Atouguia (2007), *cit. in*, Ezembro *et. al.*, (2012), para além dessas espécies, existem pelo menos 81 outras espécies de micobactérias classificadas como atípicas. Estas não causam TB, mas podem causar essa doença em determinadas circunstâncias como é o caso dos imunodeprimidos.

Conforme relata o livro Ministério de Saúde do Brasil, (2002) é uma bactéria muito resistente com “capacidade de sobreviver e se dividir no interior de células fagocitárias, é considerado um parasita intracelular facultativo. Seu período de geração é longo, podendo variar de 14 a 20 horas, dependendo do meio de cultura empregado para seu desenvolvimento”.

Ainda continuando com o que foi dito no livro “Multiplica-se cada 25-32 horas dentro do macrófago no hospedeiro têm crescimento lento, por levarem um longo tempo para crescer possuem a capacidade de ficarem em latência dentro dos macrófagos, no qual sobrevivem e não se dividem até o hospedeiro estar com o sistema imune comprometido. Esta dormência permite que as bactérias permaneçam em pequenos grupos populacionais no granuloma calcificado, dificultando a erradicação da doença” (Ministério de saúde do Brasil, 2002).

Sua pseudoparede celular é composta principalmente por ácidos micólicos, constituída por uma barreira hidrofóbica que atribui resistência à dessecação, à descoloração por álcool e ácido e a múltiplos agentes químicos e antibióticos, por isso são designados álcool-ácido resistentes (Barroso, 2002).

É, de modo geral, resistente à ação de agentes químicos e sensível à ação de agentes físicos, como o calor e a radiação ultravioleta. Os estudos sobre seu genoma, composto por, aproximadamente, 4.000 genes e características únicas. (Campos, 2009).

### **1.3. Sinais e sintomas**

Os sintomas da TB dependem de onde os germes da TB se instalam no corpo. Geralmente estes são:

- Tosse seca ou produtiva por 3 semanas ou mais;
- Febre vespertina;
- Perda de peso;
- Sudorese noturna;
- Dor torácica
- Dispneia
- Astenia.
- Protocolo de Enfermagem (2012).

Quando a tuberculose se instala nos pulmões, o sintoma mais importante é a tosse que se estende por um período prolongado (mais de 2 ou 3 semanas). O paciente produz uma grande quantidade de escarro, o qual pode conter sangue, (Munz e Bergstrom. 2004).

Tortora, (2012), a cada ml de escarro um bacilífero elimina cinco mil bacilos aproximadamente, o que caracteriza como a maior fonte de infecção. Há também a tuberculose latente, na qual o hospedeiro não apresenta sintomas, isto é, assintomática, o que não se considera uma doença infecciosa, mas tendo mais chance de desenvolver a doença.

Sant 'Anna, (2002), provavelmente, a tuberculose ocorria como doença endêmica entre animais antes de afetar humanos. Em seres humanos, certas microbactérias colonizam as vias respiratórias e digestivas, transitória ou permanente.

### **1.4. Contágio e transmissão**

O contágio dá-se conforme Lopes, (2001) quando outra pessoa partilha o mesmo espaço e respira o mesmo ar, a cada inspiração inala para pulmões alguns desses bacilos.

Ainda conforme o Ministério de Saúde do Brasil (2011) a fonte de infecção habitual é o indivíduo com forma pulmonar da tuberculose, eliminar bacilos para o exterior.

Na maioria das vezes a infecção ocorre em ambientes fechados, escuros e pouco ventilados, nos quais as partículas expelidas pelo doente da tuberculose podem permanecer no ar, por longos períodos (Ministério de Saúde do Brasil, 2008).

A forma de liberação do bacilo acontece através do ato de: tossir, falar ou espirrar, nos quais são liberadas gotas de saliva contendo o agente infeccioso que fica suspenso no ar, facilitando a absorção por outro indivíduo, propagando a contaminação (Faria *et.al s/a*).

Assim, Lopes (2011) afirma que a evolução da tuberculose pulmonar dá-se com a destruição do tecido pulmonar, pois:

O tecido destruído liquefaz-se e é expulso para o exterior por efeito da tosse. A cada tossidela o doente envia para o exterior pequenas partículas carregadas de bacilo de Koch que permanecem em suspensão por algum tempo até a sedimentação e serem destruídas pelas condições adversas do ambiente. Quando outra pessoa partilha o mesmo espaço e respire o mesmo ar, a cada inspiração inala para pulmões alguns desses bacilos. Os que conseguem ultrapassar a barreira de defesa encontram condições para sobreviver e reproduzir-se, causando a doença. Existe outras formas de contágio, uma vez que qualquer forma de o bacilo chegar aos tecidos pode produzir a doença. Mas a forma fundamental é esta via inalatória (*ibidem*).

Ocorrendo a transmissão quase exclusivamente de pessoa a pessoa, através da inalação de gotículas que contém o bacilo aquando da respiração, habitualmente, não se transmite pelo contato com objetos, nem pela alimentação. Assim o indivíduo doente e contagioso - “bacilífero”<sup>1</sup> – quando tosse, espirra ou fala em voz alta pode emitir para o ambiente gotículas contagiosas que permanecerão durante algum tempo em suspensão no ar (Munz e Bergstrom 2004, e Campelo *et. al.* 2002). Posteriormente, uma pessoa saudável poderá inalar, quando inspira, gotícula contagiosa, que aloja-se nos seus pulmões (Lopes, 2002).

De acordo com Perdigão, (2008) ao cada episódio de tosse, num doente com tuberculose pulmonar ou laríngea com baciloscopia positiva, origina cerca de 3.500 gotículas de aerossóis, que são invisíveis a olho nu, contendo bacilos da TB (Bacilos de

Koch ou BK). Os bacilos podem permanecer suspensos no ar até 6 horas (Mendes e Fensterseifer, 2004). Realçando que “a transmissibilidade é plena enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não tiver iniciado o tratamento” (Nogueira *et. al.*, 2012).

Estimando que uma pessoa infetada, antes do diagnóstico e tratamento da doença, possa transmiti-la para cinco pessoas ou mais indivíduos. Que depende de alguns fatores

---

<sup>1</sup> Tem bacilos na expetoração



como o sistema imune do utente, a virulência e o tempo de exposição ao bacilo (Campos & Pianta 2001).

### **1.5. Grupos vulneráveis e fatores que contribuem para o contágio**

No que diz respeito ao assunto da vulnerabilidade, “embora o saber científico os habilite a afirmarem que o adoecimento está na dependência do contato com o agente etiológico, eles associam essa vulnerabilidade aos grupos sociais que, historicamente, foram os acometidos pela doença, ou seja, os desassistidos do ponto de vista socioeconômico e social”. (Rodrigues, e Ferreira, 2013).

Alguns grupos especiais, definidos por padrões sociais, têm maior frequência de tuberculose. É o caso dos tóxicos dependentes e dos sem abrigo. Os imigrantes quando provenientes de países com maior incidência, agravados pelas condições de vida mais difíceis do que as da restante população nos países de acolhimento tem tendência de ter a doença, (Lopes, 2011).

Conforme o livro do Ministério de Saúde de Cabo Verde, (2008) são apontados como constrangimentos no cumprimento do protocolo de tratamento, o alcoolismo, a pobreza, as dificuldades de acesso e outros factores sociais, deve dar uma “atenção especial ao tratamento dos grupos considerados de alto risco para toxicidade, constituído por pessoas com mais de 60 anos, em mau estado geral, alcoolistas, infectadas por HIV”. (Ministério de Saúde do Brasil, 2011). Também nas populações mais vulneráveis, as taxas de incidência são maiores do que a média nacional da população geral e duas vezes maior na população negra e quatro vezes maior na indígena. Na população carcerária, a taxa é 25 vezes maior e, entre os portadores de HIV, 30 vezes maior na população vivendo em situação de rua. (Piller 2012).

### **1.6. Manifestações clínicas**

As manifestações clínicas da tuberculose são bastante características, razão essa, que o seu diagnóstico se faz com grande atraso, decorrendo semanas entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença (Lopes, 2011).

Portanto, os profissionais de saúde são treinados para identificar as evidências de sinais e sintomas clínicos e analisar seus comportamentos. A partir das evidências, organiza-se a investigação para chegar a conclusões válidas. Assim conforme Ministério de Saúde do Brasil, (2002) as “evidências” que se caminham por algumas questões: 1) “a tuberculose manifesta-se por uma síndrome infecciosa de curso crônico, com febre baixa; 2) é uma doença que consome, debilitando e emagrecendo as pessoas; 3) a mais frequente localização é pulmonar e a tosse com expectoração por mais de 3 semanas é um sintoma importante, que pode evoluir para escarros e hemoptise; 4)”. Ainda continuando com o raciocínio do livro do Ministério de Saúde do Brasil (2002) “nas formas extrapulmonares, o quadro clínico varia conforme a localização e a gravidade do caso; 5) a forma extrapulmonar mais prevalente, a pleural, pode apresentar com quadro agudo de dor torácica e febre, que frequentemente é confundido com quadro pneumônico; 6) as formas primárias atingem as crianças, sendo uma doença muito comum na faixa de 15 aos 50 anos; 7) pessoas recém-tratadas de tuberculose ou tiveram a doença nos últimos dois anos; 8) Idosos, diabéticos e pessoas infetadas pelo HIV tem maior probabilidade de adoecer, sendo que esta afirmação é válida para regiões com alta prevalência de tuberculose”.

Os sinais e sintomas dependem de onde os germes da tuberculose se instalam no corpo, podendo ser manifestados pela tosse seca ou produtiva por 3 semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso (anorexia), sudorese noturna, dor na cavidade torácica, dispneia astenia (Protocolo de Enfermagem, 2012).

Sublinhando que um dos sintomas mais importante referido anteriormente, é a tosse que se estende por um período prolongado (mais de 2 ou 3 semanas), em que o utente produz uma grande quantidade de escarro, o qual pode conter sangue, (Munz e Bergstrom. 2004).

Há também a tuberculose latente, na qual o hospedeiro não apresenta sintomas, isto é, assintomática, o que não se considera uma doença infecciosa, mas tendo mais chance de desenvolver a doença (Tortora, 2012).

## **1.7. Métodos de diagnóstico Clínico**

O método de diagnóstico é baseado em exames clínicos, por isso Perdigão (2008) refere que “Muitas patologias respiratórias, e não só, apresentam uma sintomatologia semelhante e portanto não se devem diagnosticar casos de (TBP) com base apenas em sintomas clínicos”. Possibilita ter o diagnóstico preliminar da doença baseando-se nos

sintomas apresentados pelo paciente, porém, precisa de ser confirmado por outros exames (Ezembro 2012). As amostras usualmente destinadas para a pesquisa de BK “são escarro, lavado brônquico, lavado bronco-alveolar e outras relacionadas com o trato respiratório”.

Exames como hemograma, bioquímicos e radiológicos podem auxiliar no diagnóstico, direcionando o médico para os testes mais específicos (Ferri1 *et. al.* 2014).

Denomina-se “caso de tuberculose”, todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose (Ministério de Saúde do Brasil 2002).

De acordo com Campos, (2006) diagnosticar um doente tuberculoso, particularmente um bacilífero (doente que, ao tossir, elimina bacilos no ar ambiente), e tratá-lo corretamente, curando-o, é eliminar uma fonte de infecção. Reduzir as fontes de infecção quebra a cadeia de transmissão da doença e diminui o problema da tuberculose na comunidade.

## **1.8. Diagnóstico de Enfermagem Segundo Nanda**

O diagnóstico de enfermagem é entendido como o enunciado que resulta do processo de diagnóstico que o enfermeiro realiza recolha e valorização dos dados e que determina as intervenções (Ribeiro e Cardoso, 2007).

O diagnóstico de enfermagem serve para fornecer termos que vão dar enunciado aos diagnósticos e intervenções de enfermagem de acordo com cada patologia, que vem de encontro com o livro de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Conforme Wright e Leahey (2010) os autores Bulechek e McCloskey (2000) definem as intervenções de enfermagem como “qualquer tratamento baseado em julgamento clínico, realizado pela enfermeira para obter melhor resultado para um cliente/paciente. As intervenções de enfermagem abrangem tanto os cuidados diretos como os indiretos”.

Segundo Ministério de Saúde da Moçambique, (2009), descreve “anamnese: sinais e sintomas referidos pelo paciente. Revisão dos sistemas: tosse, expectoração, febre, sudorese noturna, perda de peso, dispneia, falta de apetite”.

**Quadro 1** – Sinais e sintomas do utente segundo Nanda

<b>Tipo de diagnóstico</b>	<b>Definição</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Nutrição alterada:</b> <b>Ingestão menor</b> <b>Que as necessidades corporais.</b> <b>(M) (1975)</b>	Estado no qual o indivíduo tem uma ingestão de nutrientes que não atende suas necessidades metabólicas.	- Perda de peso, mesmo com a ingestão alimentar adequada; - Relato de ingestão inadequada de alimentos; - Relato ou evidência de falta de alimentos; - Relato de alteração na sensação gustativa;	- Inabilidade para ingerir ou digerir alimentos devido a fatores biológicos, psicológicos, económicos e culturais;
<b>Padrão respiratório ineficaz (</b> <b>1980)</b>	Estado no qual o indivíduo apresenta um padrão de inspiração e/ou expiração que não produz enchimento ou esvaziamento pulmonar	- Dispneia; - Respiração curta; - Cianose; - Tosse; -Alteração na expansão torácica;	- Atividade neuromuscular prejudicada; - Dor; - Ansiedade; -Fadiga ou energia diminuída;

	adequado.		
<b>Processo familiar alterado (M)</b> <b>(1982)</b>	Estado no qual uma família, que normalmente funciona, efetivamente experimenta uma disfunção.	<p>- Sistema familiar incapaz de atender as necessidades físicas, emocionais e espirituais de seus membros;</p> <p>- Inabilidade para aceitar ou receber ajuda;</p>	- Situação de transição ou crise.
<b>Manutenção da saúde alterada</b> <b>(1982)</b>	Estado no qual o indivíduo apresenta inabilidade para identificar ou resolver problemas de saúde, ou para buscar ajuda para manter a saúde.	<p>- Falta demonstrada de conhecimento sobre as práticas básicas de saúde;</p> <p>- Inabilidade observada ou relatada para assumir responsabilidade de atender práticas básicas de saúde;</p> <p>- História de falta de comportamento em busca da saúde;</p>	<p>Falta ou alteração significativa das habilidades de comunicação (escrita, verbal, e ou mímica);</p> <p>- Estratégias ineficazes de resolução individual;</p> <p>- Etapas desenvolviment o não atingidas;</p> <p>-Estratégias ineficazes de resolução</p>

		- Desinteresse - expresso em comportamentos de promoção da saúde;	familiar;  - Falta de recursos materiais
<b>Conhecimento deficiente (1980)</b>	Ausência ou de informações cognitiva relacionada a um tópico específico	Comportamentos impróprios (p. ex., histérico hostil, agitado, apático)  Comportamentos exagerados  Desempenho inadequado de instruções  Verbalização do problema	Falta de capacidade de recordar  Falta de exposição  Falta de familiaridade com os recursos de informações  Falta de interesse em aprender  Interpretação errónea de informações  Limitação cognitiva
<b>Baixa auto-estima situacional (1988, 1996, 2000)</b>	Desenvolviment o de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma	Avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações ou eventos  Comportamento	Alterações do desenvolviment o  Comportamento inconsistente em relação aos

	situação actual	indeciso	valores
		Comportamento não-assertivo	Distúrbio na imagem corporal
		Expressões de desamparo	Falta de reconhecimento
		Expressões de sentimento de inutilidade	fracassos
		Relata verbalmente desafio	Mudanças no papel social
		situacional actual	perda
		ao seu próprio valor	Prejuízo funcional
		Verbalizações autonegativas	rejeições

### 1.8.1. Intervenções de Enfermagem NIC

Depois do processo de identificação do diagnóstico de enfermagem condicional, a decisão pelas intervenções, ou seja, a resposta dada a um diagnóstico de enfermagem, tendo como finalidade obter um resultado como se expõe no NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem).

Portanto o diagnóstico de enfermagem é a designação atribuída à decisão sobre o fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem (Ribeiro e Cardoso, 2007).

**Quadro 2** – Diagnóstico e intervenção de enfermagem NIC

<b>Tipo de diagnóstico</b>	<b>Definição</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Intervenções adicionais</b>
<b>Deficit no autocuidado para alimentação</b>	Prejuízo da capacidade para realizar ou completar as atividades de alimentação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle do ambiente;</li> <li>- Controle da nutrição;</li> <li>- Assistência no autocuidado: alimentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino: indivíduo;</li> <li>-Aumento da socialização;</li> </ul>
<b>Padrão respiratório ineficaz ( 1980)</b>	Inspiração e/ou expiração que não proporciona uma ventilação adequada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle das vias aéreas;</li> <li>- Administração de medicamentos;</li> <li>- Redução da ansiedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de exercício;</li> <li>- Suporte emocional;</li> <li>-Aspiração das vias aéreas.</li> </ul>
<b>Manutenção ineficaz da saúde</b>	Incapacidade para identificar, administrar e/ou buscar ajuda para manter a saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoia a tomada de decisão;</li> <li>- Aconselhamento;</li> <li>- Educação para saúde;</li> <li>-orientação quanto ao sistema de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle do ambiente: Comunidade;</li> <li>- Manutenção do processo familiar;</li> <li>-Assistência na automodificação</li> </ul>
<b>Ansiedade</b>	Um vago e	Redução de	Controlo do



	<p>incomodo</p> <p>sentimento de desconforto ou terror, acompanhado por resposta autonómica; a fonte é frequentemente e não-específica ou desconhecida para o indivíduo; um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal variável que alerta para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça</p>	<p>ansiedade</p> <p>Melhora do enfrentamento</p> <p>Assistência em exames</p> <p>Consulta por telefone</p> <p>Técnica para acalmar</p> <p>Controlo de demência</p> <p>Presencia</p>	<p>comportamento</p> <p>Assistência no controlo da raiva</p>
<b>Desobstrução ineficaz de vias aéreas</b>	Inspiração e/ou	Aspiração de	

	<p>expiração que não proporciona ventilação adequada</p>	<p>vias aéreas</p> <p>Controlo devias aéreas artificias</p> <p>Fisioterapia respiratória</p> <p>Ventilação mecânica</p> <p>Administração de medicamento</p> <p>Redução da ansiedade</p> <p>Incrementação da tosse</p> <p>Manutenção de sinais vitais</p> <p>Estabilização das vias aéreas</p>	
<b>Controlo eficaz do regime terapêutico</b>	<p>Um padrão de regulação e interacção á vida diária de um programa de tratamento de doença e suas sequências que seja satisfatório</p>	<p>Orientação antecipada</p> <p>Avaliação da saúde Facilitação da aprendizagem</p> <p>Identificação de risco</p> <p>Supervisão</p> <p>Educação para a</p>	<p>Intermediação Cultural</p>

	para atender as metas específicas de saúde	saúde  Orientação quando ao sistema de saúde  Aumento da disposição para aprender  Assistência no auto modificação	
<b>Controlo familiar ineficaz do regime terapêutico</b>	UM padrão de regulação e integração de um programa a processos familiares para tratamento de doença e de sequelas de uma doença que são insatisfatórios para satisfazer as metas associadas a saúde	Gerenciamento de caso  Promoção de integridade familiar  Manutenção de processo familiar  Promoção da normalidade  Melhora de papel  Apoio para sustento  promoção de envolvimento familiar  Aconselhamento  Mobilização	Intermediação cultural  Apoio ao cuidador  Assistência na manutenção do lar

		familiar  Suporte á família	
--	--	-----------------------------------	--

### 1.8.2. Plano de cuidado executado pelos enfermeiros da DSSV.

Para a questão da vigilância, é necessário o preenchimento correto da ficha terapêutico, constando-se o registo da toma dos medicamentos de acordo com as orientações do programa (marca-se um visto de presença e um traço nas ausências). É importante que o enfermeiro saiba o nome, morada e os contatos dos utentes para poder localiza-los caso não comparecerem na estrutura de saúde indicado. Conforme mostra o quadro abaixo essas são as intervenções de enfermagem feitas pelos centros de Saúde SV..

**Quadro 3** – Intervenção de enfermagem nos centros de saúde SV.

Nome	Morada	Diagnóstico Médico	Diagnóstico de enfermagem	Intervenção de enfermagem	Avaliação	Resultados esperados
Amarelo	Rua de Policia	Tuberculose	-	-Ver a causa do isolamento,	-Conduta alterada;	-Que o utente

Vermelho	Ribeira Bote		Isolamento social; -Náuseas; -	se há rejeição por parte de outros; -Educação para a Saúde, (ensinar a forma de transmissão, como proteger os familiares, nas primeiras semanas de tratamento, orientar que deve ter sempre uma boquilha, mostrar que a higiene é importante na recuperação da doença, alimentos baseados em vitamina D; alimentos de origem animal rico em cálcio; Alimentos que contêm ferro; Legumes como as frutas, deve fazer uma alimentação 6 vezes por dia, Os cafés de manhã reforçada porque os medicamentos são muito fortes); -Medicação sobre a Dote; -Controle do peso uma vez por semana, para reajusto dos	-Vergonha por ter a doença; -Perda de peso; - Condições económico Precárias; -Reações adversas da medicação ;	compra a terapêutica; -Que haja melhoria; -Que o utente não tenha recaída; - Que a educação para a saúde seja bem acolhida;
Azul	Ribeirinha					
Verde	Fonte Filipe		Alimentação			
Laranja	Cruz João Évora		desequilibrada;			
Rosa	Fonte Inês		-Risco da Infecção; Ansiedade ;			
Branco	Ribeirinha					
Preto	Ribeirinha					

				medicamentos sempre que necessário de acordo com o peso; -Proporcionar estabilidade emocional; -procura dos faltosos, sempre que necessário; Encaminhamento médico dois em dois meses e sempre que necessário		
--	--	--	--	--	--	--

Fonte: elaboração própria

## 1.9. Instrução para a colheita de expetoração

Os enfermeiros são quem faz a recolha da expetoração, por isso devem conhecer bem as instruções, como colherem a amostra da expetoração.

### 1.9.1. Ensino Colheita da 1ª amostra:

- Lavar a boca com água antes de expectorar, para eliminar resíduos de comida pasta de dente, e outros;
- Inspirar profundamente, reter por instantes o ar no pulmão, tossir e lançar o material no recipiente. Esta operação deverá ser repetida até a obtenção de três eliminações de escarro, fechar hermeticamente o pote e envolve-lo em papel limpo, com cuidado de manter o frasco com boca para cima; (Ministério de Saúde do Brasil 2011).

### 1.9.2. Colheita da 2ª Amostra

- Instruir o paciente a tomar muitos líquidos durante o dia (água, sumos, etc.) e a se deitar sem almofada, caso tenha dificuldades de expectorar; Realizar a 2ª colheita no dia seguinte, logo ao acordar, seguindo as orientações acima descritas. Levar o escarrador até ao profissional de saúde o mais rápido possível, protegendo-o do sol. (Ezembro *et. al.*, 2012).

## 1.10. Tratamento

O regime do tratamento conforme Ministério de Saúde Cabo Verde (2012) geralmente, “é feita com base em regimes que contêm associação de fármacos com atividade contra *M.tuberculosis*”. O esquema básico, Conforme Protocolo de Enfermagem (2012), a apresentação farmacológica deste esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatros medicamentos Rinfampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol, (RHZE), nas seguintes dosagem: Rinfampicina R 150mg, Isoniazida (H) 75mg, Pirazinamida (Z) 400mg e Etambutol (E), 275mg.

Ainda conforme o Ministério de Saúde Cabo-Verde (2012), a duração da terapêutica é dividida em duas fases, sendo que a primeira é chamada de fase intensiva e contribui para a redução da população bacilar e a segunda, que é chamada de fase de manutenção, contribui para a eliminação dos BK persistentes.

Mas normalmente “os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum, (1h antes ou duas horas após o café da manhã). As combinações de doses fixas introduzidas no país a partir de 2005, tem diversas vantagens relativamente ao regime em que os medicamentos são administrados em doses isoladas”, (Protocolo de Enfermagem, 2012).

A Estreptomicina é um antibiótico utilizado no esquema terapêutico nos casos de recaída ou retratamento a apresentação em frasco selados contendo o “equivalente a 250mg, 500mg, ou 1g. O pó deve ser dissolvido em cloreto de sódio a 0.9% ou água. A dose ótima é de 15mg/kg de peso corporal, geralmente 750mg a 1g, administrados diariamente ou cinco vezes por semanas, por injeção”, (Ministério de Saúde, 2012).

Conforme os estudos relatados a TB é uma doença que pode ser completamente curável, quando diagnosticada imediato e iniciando o tratamento atempadamente.

Mendes AM, Fensterseifer LM (2004), o paciente com diagnóstico de TB bacilífera, necessita ter instituído um tratamento que garanta sua cura; este tratamento deve ser quimioterápica e adequado, com o fornecimento ininterrupto e gratuito das drogas.

Como descreve o Ministério Saúde Mozambique (2009), os medicamentos são administrados pelo menos 6 dias por semana, sempre que possível a Pirazinamida, Etambutol, Kanamicina ou Capreomicina e Fluoroquinolonas devem ser administrados uma vez por dia.

O medicamento suspeito não pode ser reiniciado após a suspensão, pois na reintrodução a reação adversa é ainda mais grave. (Ministério da Saúde Brasil 2011).

Os efeitos secundários aos medicamentos devem ser tratados de imediato e de modo eficaz, (Ministério da Saúde Mozambique, 2009).

### **1.11. Mudança de Comportamento/Diminuição de Contaminação**

Para que se tenha uma mudança de comportamento dos utentes e diminuição de contaminação, há-de “ter participação dos mesmos, não só na promoção de saúde por parte dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, quem geralmente trabalha diretamente com eles, e recursos financeiros de várias instituições”. De acordo com o livro Ministério da Saúde de Cabo Verde (2012), A “Promoção da participação ativa nos esforços para o reforço do SWAP, dos recursos humanos, dos recursos financeiros, da gestão do sistema de saúde, da provisão de serviços e dos sistemas de informação Criação dum espaço para partilha de inovações que fortaleçam sistemas incluindo a Abordagem Prática para a Saúde Pulmonar (PAL).” Deve-se ter ainda em conta o “engajamento na pesquisa para o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e tratamento. Promoção da advocacia, comunicação e mobilização social. Promoção da participação das comunidades em cuidados da TB. Introdução do DOTS Comunitário de forma faseada a nível nacional. Promoção da divulgação e respeito pela Carta de Cuidados ao paciente com TB” (Ministério da Saúde de Cabo Verde 2012).

Quando os pacientes suspendem o tratamento provisoriamente “o médico intervém, explicando-lhes mais enfaticamente como devem proceder com os medicamentos”, (Gonçalves, H. *et al.* 1999).

Ainda conforme Gonçalves, H. *et al.* (1999), nesse momento, algumas dúvidas, que até então não haviam sido sanadas, são esclarecidas; muitas delas nem sequer constituíam uma incerteza, mas um desconhecimento. Nestes casos, o novo posicionamento médico permite que o paciente entenda e, embora a associação pareça forçada, cumpra de uma forma mais regular (com adaptações próprias) com o que lhe é determinado fazer, durante o tratamento.

Nestes contextos, uma pessoa em contato com um paciente com tuberculose pulmonar, na morada ou na vizinhança, está mais exposto à infeção e ao adoecimento.



Do mesmo modo, moradores de instituições fechadas, como presídios, casas de correção de menores, abrigos de idosos, abrigos sociais, creches e escolas, entre outras, têm também maior probabilidade de se infectarem ou adoecerem. (Ferri *et. al.* 2008).

### **1.12. Reações adversas dos Medicamentos**

É Importante que os profissionais de Saúde conheçam bem as reações adversas dos medicamentos para saber como atuar perante as que aparecem. As reações podem ser divididas em dois grandes grupos: “Reações adversas menores, em que normalmente não é necessária a suspensão do medicamento anti-TB; reações adversas maiores, que normalmente causam a suspensão do tratamento” (Ministério de Saúde do Brasil, 2011).

Mais a maioria dos pacientes termina o tratamento sem qualquer reação adversa.

Os fatores estão “relacionados às reações multifatoriais; todavia, os maiores determinantes destas reações se referem à dose, aos horários de administração da medicação, à idade, ao estado nutricional, ao alcoolismo, às condições da função hepática e renal e à co-infecção pelo HIV”, (Ministério da Saúde, 2002).

Deve ser ressaltado que quando a reação adversa corresponde a uma reação de hipersensibilidade grave como plaquetopenia, anemia hemolítica, insuficiência renal etc., o medicamento suspeito não pode ser reiniciado após a suspensão, pois na reintrodução a reação adversa é ainda mais grave (Ministério da Saúde do Brasil, 2011). Conforme Ferri, A. O. *et al.* (2004), entretanto, as causas essenciais de desistência são “os efeitos adversos, causados pelos remédios anti-TB, como náusea, vômito, dor abdominal, suor ou urina de cor avermelhada, prurido ou exantema leve, dor articular, neuropatia periférica, hiperurecemia sem sintomas, hiperurecemia com artralgia, cefaleia, ansiedade, euforia e insônia”.

Segundo o Ministério de Saúde do Brasil, (2011), “assim, percebe-se que o tratamento da TB necessita também de acompanhamento psicológico e educacional dos pacientes”.

### **1.13. Esquema terapêutico de Cabo Verde**

Dominar os medicamentos é uma enorme valia para os profissionais de Saúde, especialmente os que laboram diretamente com os utentes TB.

**- Medicamentos antituberculosos de 1ª linha, segue o anexo do quadro (1)**

- **Medicamentos antituberculosos de 2ª linha (ou de reserva)**, segue o anexo do quadro (2). “O manuseio dos casos através da direta observação do tratamento (DOT) e as ações de busca activa dos faltosos e de sensibilização das populações para maior adesão ao tratamento têm contribuído sobremaneira para a melhoria dos resultados” (Ministério de Saúde de Moçambique, 2009).

#### **1.13.1. Os casos que se deve ter atenção perante a terapêutica:**

- **Recaída do retratamento** - Paciente que fez retratamento anterior e foi curado ou completou o tratamento e volta a ter baciloscopia ou cultura positiva.

- **Abandono do retratamento** - Paciente que interrompeu o retratamento por pelo menos 2 meses e volta a ter baciloscopia ou cultura positiva (Ministério de Saúde de Moçambique, 2009).

- **Fracasso**-Doente que iniciou o tratamento com baciloscopia positiva (mês zero) e continua com baciloscopia positiva no quinto mês, ou a qualquer altura entre o fim do quinto mês e o fim do tratamento, (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2012).

- **Falência do retratamento** - Paciente em caso de retratamento com baciloscopia positiva ao 5º ou 7º meses de regime de retratamento antituberculose.

- **Transferido** - Paciente transferido de um distrito ou unidade sanitária (onde foi notificado) para outro para continuar o tratamento de TB-MDR. (Ministério de Saúde de Moçambique, 2009).

#### **1.14. Profilaxia**

A via de administração da vacina é intradérmica, no braço direito, na altura da inserção inferior do músculo deltóide, de acordo com (Champoux *et. al.* 2004).

Ainda conforme o Ministério da Saúde do Brasil (2002), já a quimioprofilaxia é indicada principalmente para pessoas infetadas, embora tenha indicações entre não infetados.

De acordo com o Protocolo de Enfermagem (2012), Prevenção da infeção latente ou quimioprofilaxia primária, recomenda-se a prevenção da infeção TB em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero. Nestes casos, o recém-nascido não poderá ser

vacinado ao nascer, a Isoniazida é administrada por 3 meses e após esse período, faz-se a PT.

Segundo o Ministério de Saúde do Brasil (2011), a vacina tem um poder protetor contra as manifestações graves da primo-infecção, como as disseminações hematogénicas e a meningoencefalite em menores de cinco anos, mas não evita a infeção tuberculosa. A imunidade se mantém por 10 a 15 anos.

A alimentação reforçada e variada, várias vezes ao dia, melhora a resistência das pessoas infetadas pelo bacilo e estas adoecem menos. Também, melhorando as condições de habitação, torna-se menos provável o contágio.

Isso porque, de acordo com o Ministério de Saúde (2000), quanto mais íntimo e prolongado é o contato com o doente bacilífero maior é a chance de que os contactantes venham a se infetar pelo bacilo da tuberculose. Se há muitas pessoas dormindo no mesmo quarto, em casas mal ventiladas e onde não bate sol, o risco de contágio é muito maior.

Ainda, conforme o Ministerio de Saúde (2000), a prevenção das infeções pulmonares oportunistas nas pessoas vivendo com o VIH/SIDA inclui as medidas gerais de prevenção de qualquer outra infeção e medidas específicas.

### **1.15. Factores de não adesão terapêutica dos utentes de tuberculose**

Conforme o Ministério da Saúde de Moçambique (2009), os pacientes que recebem tratamento de TB-MDR estão sujeitos a uma variedade de fatores (doença prolongada, separação de família, condições de vida difíceis, etc.) e não deveriam ser subestimados. Esses fatores como consequência do tratamento devem ser entendidos como contribuintes para o desenvolvimento da depressão. Ainda, de acordo com Gonzales *et. al.* (2008), o conhecimento e as crenças sobre o tratamento são fatores importantes apontados para a adesão. Os comportamentos dos indivíduos são orientados por crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença.

De acordo com Ferreira e Alves (2012), “A tuberculose e a responsabilidade à adesão ao tratamento da tuberculose é um fenómeno multidimensional, determinado pela inter-relação de fatores relacionados aos indivíduos, doença, condições sócio económicos, tratamento propriamente dito e ao sistema de saúde e profissionais”.

Na perspetiva de Chirinos NEC, Meirelles BHS, (2009), vários fatores relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente, aos problemas sociais, aos serviços e ao profissional de saúde são apontados como determinantes do problema. E a capacidade dos

profissionais de saúde em prever se um paciente terá ou não uma boa adesão ao tratamento é geralmente baixa.

Ainda, conforme Gonzales *et. al.* (2008), tal situação pode estar relacionada a vários fatores, entre eles aqueles relacionados ao doente como, por exemplo, a percepção do mesmo sobre a sua saúde, conhecimento da doença e desemprego que levam o doente a negligenciar o tratamento da TB.

### **1.16. O Papel da Enfermagem no Controlo da Tuberculose**

A enfermagem tem como foco cuidar do ser humano nas esferas biopsicossociais e espirituais do comportamento humano sendo centrada no levantamento das necessidades do paciente. Com a consulta de enfermagem o enfermeiro interage com o paciente e planeja os seus cuidados, (Proposta de Consulta de Enfermagem, 2011).

Ser atendido pelo mesmo profissional de saúde ao longo do tratamento facilita o estabelecimento de vínculos. Anotar as queixas no prontuário garante a continuidade do tratamento. Esclarecer dúvidas e conversar sobre outros problemas além dos de saúde favorece a relação interpessoal e estabelecimento de vínculos, (Lopes *et. al.* 2015).

A última etapa de implantação da estratégia DOTS reconhece que os enfermeiros desempenham um grande papel no que diz respeito ao tratamento supervisionado.

Segundo Ferreira, *et. al.* (2011), “o processo de implantação do TS no SSC iniciou-se em Abril de 2009, com oficinas de sensibilização e capacitação dos profissionais sobre o tratamento supervisionado. Significa uma mudança na forma de se administrar os medicamentos sem mudanças no esquema terapêutico”.

Ainda, conforme Ferreira *et. al.* (2011), nesse tratamento o profissional de saúde passa a observar o paciente “engolir” os medicamentos durante o período do tratamento, desde o início até a sua cura.

O tratamento supervisionado ajuda os profissionais de Saúde a estarem sempre em contato com os utentes.

Ainda, Segundo Mendes AM, Fensterseifer LM (2004), deve ser dada atenção especial para o tratamento dos doentes pulmonares bacilíferos etilistas, pois mesmo que estes compreendam a TB como uma doença que tem cura, ainda assim, relutam em modificar comportamentos negativos em relação a mudanças de hábitos nocivos à saúde, como por exemplo, o uso do álcool, fumo e drogas ilícitas.

### **1.17. Contribuição da Enfermagem na Redução da Tuberculose**

Para capacitar o usuário, a informação é ferramenta fundamental com finalidade de que participe como elemento ativo no controle social, mas há que ter uma estratégia de ação. O utente tem de saber quem é a enfermeira, qual é a sua atividade, qual é o seu valor dentro da sociedade, e que capacidade de liderança possui. “É verdade que o cenário que rodeia os pacientes com TB é de pobreza e desvantagem social, é importante conhecer as características dessa situação para que as intervenções sejam acertadas e pertinentes”, (Musayón *et. al.* 2010).

De acordo com Rosado (2000), só é possível conseguir a adesão e colaboração do doente até a sua cura se ele tiver confiança no remédio e no pessoal da Unidade de Saúde. Para isso é fundamental que se comece a estabelecer esse vínculo desde a primeira consulta.

Para que haja um “começo de intervenções específicas para grupos vulneráveis e situações de alto risco, nomeadamente crianças, prisioneiros, refugiados e vítimas de calamidades naturais”, há de ter “manutenção do elevado compromisso político, mobilização e sustentabilidade de recursos financeiros. Padronização do Tratamento sob supervisão direta (DOT) e apoio ao paciente”, e isso é uma das intervenções da enfermagem (Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2012).

Conforme Musayón *et. al.* (2010), mesmo assim, é o profissional da enfermagem quem deve assumir o papel de protagonista na prevenção e controle dessa doença, o que deve ser feito planejando intervenções realmente integrais (políticas, económicas e sanitárias), a partir do âmbito local até o internacional.

É muito importante conseguir que o doente siga rigorosamente o tratamento e consiga logo a cura. Alteração nas doses, interrupção e abandono da medicação sem ordem médica levam ao fracasso do tratamento e ao aparecimento de resistência dos bacilos aos medicamentos, tornando mais difícil a cura dos doentes. (Rosado, 2000).

### **1.18. Preparação do Utente/Família Incentivando a Continuidade do Tratamento**

A preparação do utente consiste na explicação dos sintomas, das consequências que a doença poderá levar, e da forma correta de fazer o tratamento sem interrupção. Conforme Smeltzer (1999), “trata-se de uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* cuja transmissão se faz por via aérea, de um indivíduo doente

a um sadio. A infecção resultante, localizada no pulmão, pode permanecer latente ou evoluir para o estado de doença e, inclusive, posteriormente disseminar para outras partes do corpo” *cit. in.* Mendes AM, Fensterseifer LM (2004).

Os sintomas são tosse por mais de três semanas, febre, suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento e cansaço. Deve-se procurar fazer o diagnóstico o mais rápido possível e iniciar logo o tratamento, pois após 15 dias sendo medicado o paciente para de transmitir a doença, diminuindo o número de pessoas que se infectam, bem como o número de doentes, (Cardoso e Fortes, 2000).

Com o início do tratamento correto, o perigo de contágio cai praticamente a zero em questão de 15 dias. No entanto, todas as pessoas que moram na mesma casa que os doentes de tuberculose precisam ser examinadas. Isso porque elas podem ter sido infectadas antes do começo do tratamento do doente, (Cardoso e Fortes, 2000).

A intervenção da família no tratamento é muito importante, deve haver uma atenção especial em todos os casos. “Uma vez que a doença interfere nas relações familiares, podendo alterar os laços afetivos, causando afastamento da família ou a união ainda maior.

A terapia familiar tem perspectiva biopsicossocial, na qual os profissionais atuam junto com as famílias de modo a oferecer cuidado mais integrador para a saúde e a cura. Quando a ênfase passa do impacto da doença na família para o impacto da vida em família no processo da doença” (Ferreira e Flores, 2011).

De acordo com o Ministério de Saúde do Brasil (2002), perante a influência familiar, existem diferentes tipos de organização familiar, embora a família tradicional seja reconhecida como aquela integrada por uma mãe, um pai e filhos. Uma família pode, no entanto, ser constituída por duas ou mais pessoas ligadas por laços emocionais ou por compromissos, *cit in.* (Mendes AM, Fensterseifer LM (2004).

É importante ficar atento, mesmo depois de muito tempo. Se alguma pessoa da família apresentar tosse persistente ou outros sintomas de tuberculose, ela deve procurar um Centro de Saúde porque às vezes a tuberculose leva vários anos para se manifestar. (Rosado, 2000, p. 35).

O DOT pode ser institucional ou comunitário. Dependendo do que for mais conveniente para o paciente, os seus familiares e o serviço de saúde, deve ser escolhido o método que tiver a melhor chance de cumprimento do tratamento, (Ministério de Saúde, 2009).

Sob a perspectiva da equidade, também se deve considerar os macro determinantes de classe social, que afetam e limitam a abordagem educativa, e que apresentam desafios para a enfermagem não só do ponto de vista desses fatores, mas também como uma força de trabalho que possui papel social importante, (Oblitas *et. al.* 2010).

## **CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA**



## **2. Metodologia**

A fase metodológica determina os meios a serem utilizados ao longo do trabalho para dar respostas as questões previamente estabelecidas, e aos conceitos importantes, já definidos na pesquisa.

De acordo com o estudo pretende-se identificar todo o processo que envolve a pesquisa desde a abordagem e tipo de estudo, as características da população alvo, o método de pesquisa, os instrumentos de coleta das informações e o tratamento dos dados.

A questão dessa investigação tem a ver com adesão terapêutica dos doentes com TB da DSSV, na perspectiva de saber se há abandono ou não.

Primeiro foi estruturado um cronograma a racionalizar o tempo. Segundo foi identificado o público-alvo de acordo com o objetivo e empregue um guião de entrevista com perguntas abertas em que o entrevistado é livre para responder. A entrevista teve como objectivo descrever as características dessa população e fazer observação dos fatos ocorridos no momento da entrevista de forma a garantir a compreensão ampla do estudo.

Durante o estudo foi utilizada a entrevista semi-estruturada, a mais utilizada quando o autor quer obter informações mais detalhadas sobre algum assunto.

Para a coleta dos dados utilizou-se uma revisão bibliográfica realizada em livros e documentos pertinentes ao assunto e encontradas nas mais variadas fontes confiáveis (ex.: jornais, revistas, bases de dados da internet no Google Académico e SciELO). Esse tipo de pesquisa é válido para expor raciocínios que demarcam procedimentos, atitudes e motivação.

Para redigir este trabalho foi utilizado o livro “Introdução à Investigação Científica” de Albertino Graça, publicado em 2014 na Editora...

O objetivo final foi realizar a análise crítica de todos os conteúdos obtidos, a fim de contribuir para a documentação histórica e incentivar outras pesquisas referentes ao tema escolhido.

### **2.1. Tipos de estudo**

O trabalho é de carácter qualitativo em que há uma conexão ativa entre o mundo verdadeiro e o sujeito, uma vez que o interesse do investigador visa analisar as informações colhidas dos utentes que permitam comunicar e interagir entre eles.

É também exploratório já que pretende estudar o conhecimento vivenciado pelos entrevistados, dando oportunidade de pensarem livremente sobre o tema.

E ainda descritivo pois, descreve cada momento do entrevistado, onde também o investigador e o entrevistado estão de mútuo acordo em relação aos dados colhidos.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica já que o objeto do estudo é a experiência vivenciada dos entrevistados em relação a TB.

## **2.2. População-Alvo**

Utentes com o diagnóstico de tuberculose que frequentam a DSSV para fazer a DOT, em regime ambulatorio, com idade compreendida entre os 15 e os 65 anos.

Uma enfermeira responsável pelo programa, que abarca um total de três (3) enfermeiros e vinte e dois (22) utentes portadores da TB.

A amostra foi composta por um (1) enfermeiro e oito (8) utentes portadores da TB.

A entrevista foi dirigida aos portadores de Tuberculose inscritos nessa instituição e à enfermeira referida, registo do ano 2015.

Lakatos e Marconi (2003) definem a amostra como sendo uma porção convenientemente selecionada do universo (população), ou seja, é um subconjunto do mesmo. E neste sentido, foram considerados apenas estes critérios como sendo de inclusão para os enfermeiros:

- Ter o grau de licenciatura em enfermagem;
- Enfermeiro responsável pelo serviço da TB;

Em relação aos utentes, para participarem do estudo foram considerados apenas critérios de inclusão:

- Utentes com TB que frequentam a DSSV;
- Utentes que aceitam concederem o seu testemunho de livre e espontânea

vontade.

## **2.3. Aspetos Éticos legais**

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Destacando ainda que as informações colhidas serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar a sua identidade, podendo ainda o utente recusar a participação ou mesmo

desistir a qualquer momento sem que isso implique a qualquer obrigação ou prejuízo para a sua pessoa.

Os dados estatísticos foram disponibilizados depois da entrega da carta dirigida à essa instituição e teve um despacho favorável que permitiu realizar qualquer investigação.

O sigilo profissional para com o utente foi sempre enfatizado, durante a entrevista, sabendo que o ser humano é um ser frágil quando os seus sentimentos são afetados, principalmente no estado de doença.

Assim sendo, a população consiste num conjunto de indivíduos ou objetivos que possuem particularidades semelhantes, as quais foram definidas por normas (Fortin, 2009). Desde modo, para uma investigação concisa, é importante seleccionar na população uma porção ou subconjunto, designando-se assim a amostra da população.

## **2.4. Instrumento de recolha das informações**

As informações deste estudo foram obtidas através de uma entrevista com perguntas semiestruturadas, realizadas à enfermeira responsável pela TB e aos utentes portadores da TB. Os dados estatísticos foram concedidos naquela instituição.

A entrevista, sendo um instrumento de recolha de dados, constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação na perspectiva de Fortin (1999, p. 236), acrescentando que “a entrevista é um método de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

A entrevista constitui uma técnica de investigação composta por questões direccionadas aos entrevistados. Antes da realização da entrevista com os utentes e com a enfermeira, foi feito uma pequena demonstração do guião à coordenação do curso de enfermagem dando validação e afirmando que este continha os parâmetros ideais para ser aplicado.

A recolha de informações teve início em meados do mês Junho e terminou em Julho de 2016, tendo sido entrevistados uma enfermeira e 8 utentes com diagnóstico de tuberculose.

A recolha das informações foi realizada durante as horas normais de expedientes estabelecidas no serviço e crê-se que foram atingidos todos os objetivos pretendidos da

entrevista, possibilitando desta feita a identificação e análise das percepções dos entrevistados sobre o tema em estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente e tiveram a duração necessária para que a enfermeira e os utentes pudessem responder com convicção às perguntas que continha o guião. O objetivo de ter aplicado o guião à enfermeira responsável pela TB, foi para saber se a adesão terapêutica dos utentes tem sido satisfatório e que conhecimentos os utentes recebem sobre a sua doença. Com os utentes o procedimento foi o mesmo mas de uma forma mais abrangente conforme consta do guião de entrevista.

## **2.5. Descrição do Campo Empírico**

Descrição da Delegacia de Saúde de São Vicente:

- Situação geográfica

A Delegacia de Saúde situa-se na rua Fernando Ferreira Fortes, no centro da Cidade do Mindelo. Fornece vários tipos de serviços aos utentes. O atendimento realizado neste serviço ocorre de segunda-feira a sexta-feira, no horário das oito às dezoito horas e no fim-de-semana das nove às onze horas (sábados e domingos).

- Estrutura física

Iniciou-se o atendimento dos utentes em 18/09/10, mas apenas 24/08/13 foi inaugurada.

A DSSV possui três pisos.

No R/C fica: à frente a Recepção. À direita o Serviço de Estomatologia e RX (Ainda sem funcionamento). À esquerda: um (1) consultório de Cardiologia, dois (2) gabinetes de Enfermagem, dois (2) gabinetes médicos, um (1) gabinete de Psicologia e dois (2) sanitários: um (1) para os funcionários e um para os utentes.

1º Piso: Serviço de Laboratório, sala de conforto, uma (1) Biblioteca, uma (1) cozinha e dois (2) sanitários: um (1) para os funcionários e outro para os utentes.

2º Piso: um (1) gabinete de Serviços Sociais, um (1) gabinete de Nutrição, um (1) gabinete de Epidemiologia, um (1) gabinete de Sanidade Marítima, um (1) Anfiteatro e dois (2) Sanitários: (1) para os funcionários e outro para os utentes.

3º Piso: Gabinete do Delegado de Saúde, um (1) gabinete da Administradora, uma (1) Secretaria, um (1) gabinete de Tesouraria, um (1) gabinete de técnicos de Informática,

estatística e gestora de dados, um (1) gabinete de Superintendência de Enfermagem e um (1) Sanitário para os funcionários.

### **2.5.1. Equipas de serviço**

A DSSV possui várias equipas:

- Equipa técnica
- Equipa de gestão
- Equipa médica
- Equipa de Enfermagem
- Equipa de auxiliares
- Equipa administrativa
- Equipa de apoio (agentes comunitários).

As equipas: Médica, Enfermagem, Gestão, Técnica e Administrativa são nomeadas pelo Ministério de Saúde.

Dentro da equipa Administração, as Recepcionistas, as equipas Auxiliar e a equipa de apoio, são contratadas pela própria instituição.

O horário de trabalho dos Enfermeiros, Médicos e outros profissionais, é das 08:00 às 15:00 Horas.

### **CAPITULO III - FASE EMPÍRICA**

### **3. Fase Empírica**

A fase empírica consiste na apresentação das informações colhidas, onde o autor faz pesquisa de campo de dados importantes e vantajosos obtidos através de experiência e vivência do pesquisador, assim pode-se dizer que essas fontes são fontes diretas, que causam diferenciação na abordagem.

Após a análise do trabalho, escolheu-se trabalhar com utentes de TB, mais propriamente adesão terapêutica dos doentes com tuberculose na DGSSV, a fim de se saber se há adesão ou não dos mesmos e quais são as experiências vividas.

Antes de realizar a entrevista foi solicitado o consentimento da instituição ao superior hierárquico no sentido de obter informações dos dados da recolha; estes foram analisados, trabalhados e expostos no trabalho. Foram entrevistados oito (8) portadores de TB e apenas uma (1) enfermeira que é a responsável pelo programa nacional da TB em São Vicente.

Neste capítulo, faz-se análise das respostas dadas pelos utentes às questões levantadas e apresenta-se uma interpretação dos resultados.

#### **3.1. Apresentação e Interpretação das informações**

Na investigação é importante certificar se todos os objetivos traçados foram cumpridos e se as informações colhidas correspondem aos objetivos do estudo.

Preservou-se a identidade dos entrevistados atribuindo-lhes nomes fictícios relacionados com cores. À enfermeira atribuiu-se a cor Lilás e aos portadores da TB as cores Amarelo, Vermelho, Azul, Verde, Laranja, Rosa, Branco e Preto.

##### **3.1.1. Caraterística da enfermeira**

A enfermeira entrevistada com nome de Lilás foi avaliada nas seguintes variáveis em estudo: idade, estado civil, profissão, tempo de serviço e é responsável pelo serviço de TB.

Lilás tem 38 anos de idade, é enfermeira Geral, trabalha há 11 anos no Ministério de Saúde de Cabo Verde e é enfermeira responsável pelo programa de luta contra a TB, Lepre e VIH em São Vicente há 9 anos.

**Quadro 4** - Apresentação dos dados da enfermeira

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de serviço</b>	<b>Tempo responsável pelo serviço TB</b>
Lilás	38 Anos	Solteira	Enfermeira	11 Anos	9 Anos

Fonte: Elaboração própria

### 3.1.2. Requisitos dos utentes entrevistados

Os entrevistados portadores da TB foram avaliados nas seguintes variáveis: idade, género, profissão, habilitação literária, morada, e estado civil.

O quadro 5 demonstra todos os requisitos dos entrevistados com idade compreendida entre 19 e 65 anos sendo 5 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. Todos são solteiros e a busca do dia-a-dia para sobreviver é o mais relevante ou seja, têm um trabalho sem vínculo. Quanto às habilitações literárias 3 são analfabetos, 1 frequentou o ensino primário e 4 frequentaram o ensino secundário. Todos moram nos arredores da cidade do Mindelo.

**Quadro 5** - Caraterísticas dos utentes

<b>Utentes</b>	<b>Idade</b>	<b>Género</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Profissão</b>	<b>Habilitação literária</b>	<b>Morada</b>
Amarelo	65	Masculino	Solteiro	Reformado	2 Ano	Policlínica
Vermelho	59	Masculino	Solteiro	Pescador	Analfabeto	Ribeira Bote
Azul	56	Masculino	Solteiro	Carpinteiro	Analfabeto	Ribeirinha
Verde	42	Masculino	Solteiro	Carpinteiro	4a Classe	Fonte Filipe
Laranja	37	Feminino	Solteira	Doméstica	6a Classe	Cruz João Évora
Rosa	36	Masculino	Solteiro	Carpinteiro	Analfabeto	Fonte Inês



Branco	29	Feminino	Solteira	Doméstico	10 Ano	Ribeirinha
Preto	19	Feminino	Solteira	Doméstica	9 Ano	Ribeirinha

Fonte: Elaboração própria

Segue-se a apresentação e análise dos resultados obtidos das entrevistas.

De acordo com a metodologia utilizada, apresenta-se um pequeno texto narrativo dividido em cinco categorias:

- 1ª Categoria-** Conhecimentos dos utentes com TB, sobre a sua doença;
- 2ª Categoria-** Comportamentos de saúde dos utentes com TB inscritos na DSSV;
- 3ª Categoria-** Os factores que levam ao abandono do tratamento da TB;
- 4ª Categoria-** Comportamento da família sobre o utente com TB;
- 5ª Categoria-** O papel do enfermeiro junto ao utente com TB.

### 3.2. Análise e Interpretação dos Resultados

#### 3.2.1. Depoimento da enfermeira entrevistada

Tendo em conta que foi ouvido apenas o depoimento de uma enfermeira que enquadra-se nos critérios de inclusão, é de realçar os seguintes factos expostos pela entrevistada.

A entrevistada, por ser responsável pelo serviço da TB, trabalha não só no programa da luta contra a TB como na luta contra a lepra e VIH que inclui a parte de estatística com os dados de TB em São Vicente.

Lilás diz que se ocupa de “(...) *tratamento dos utentes com TB, de acompanhamento daqueles que apresentam coinfeção com VIH, de visitas domiciliárias aos utentes de TB faltosos (...) ainda de distribuição de medicação aos centros de Saúde.*”

É de realçar que a maior parte dos utentes com TB colaboram nos tratamentos. No entanto, alguns apresentam um certo grau de dificuldade devido às condições de vida socioeconómicas. Segundo Lilás, “(...) *90% aderem até ao fim corretamente. Um ou outro tem dificuldades em aderir ao tratamento, principalmente os utentes toxicodependentes e alcoólicos, sendo os tóxicos dependentes mais difíceis de lidar.*”

É importante que o enfermeiro faça uma educação para saúde constante, principalmente para chamar a atenção dos utentes pelos riscos que correm ao abandonar o tratamento, quer para eles mesmos quer pela sociedade onde estão inseridos.

### **3.2.2. Depoimento dos portadores**

Chegando aos depoimentos dos portadores da TB foi necessário dividi-los em categorias para melhor compreender as respostas dos entrevistados. Segue a análise das categorias.

#### **Análise da 1ª Categoria- Conhecimentos dos utentes com TB sobre a sua doença**

É de realçar que quando se fala com os entrevistados sobre a sua percepção da TB, as definições são contraditórias. Isto deve-se ao grau de escolaridade dos entrevistados ou mesmo à falta de informações sobre a doença em si.

Segue-se uma pequena contraditória das definições sobre a TB pelos entrevistados:

*“A minha não é contagiosa porque é TB benigno”, diz Amarelo.*

*“Transmite de uma pessoa para outra”, afirma Vermelho.*

*“É uma doença contagiosa, mas na minha situação não é, porque esta nos órgãos”* assevera Preto.

E quanto à duração do tratamento, todos não têm o mesmo conhecimento. Mas, há aqueles que sabem que o tratamento é longo e requer outros cuidados para o melhorar da sua saúde.

Para Rosa a *“Medicação é forte, e tem que a tomar todos os dias”*.

*“Tomar medicação todos os dias e durante meses e boa alimentação”,* defende Laranja.

*“Não sei nada do tratamento”,* diz Vermelho.

Embora todos não tenham o mesmo conhecimento sobre a doença, acham que os cuidados de enfermagem são o suficiente para a cura do mesmo, mas sem o abandono do tratamento. Pois, um tratamento contínuo e uma boa alimentação ajudam na melhoria. Uma recaída da doença só traz mais complicações para o estado da saúde do utente.

#### **Análise da 2ª categoria - Comportamentos de saúde dos utentes com TB inscritos na DSSV**

O sucesso no tratamento desta doença depende da sequência assídua na medicação, isto é, de um tratamento sem interrupções.

Dois dos entrevistados falam sempre em dificuldades devido ao longo tempo do tratamento. Por serem fumadores e alcoólatras, abrem sempre exceções aos fins-de-semana, o que não deviam fazer.

*“Sim, só nos fins da semana”, diz Rosa.*

*“Sim, com frequência” - afirma Verde.*

Logo o sucesso da continuidade do tratamento da TB deverá levar em conta o comportamento que os utentes adoptam. Portanto, os faltosos contribuem para a recaída da doença e o prazo do tratamento requer mais cuidados por parte dos utentes portadores da TB.

*“Nunca deixei de fazer o tratamento”, diz Vermelho.*

*“Esqueci-me de fazer o tratamento durante dois dias”, afirma Azul.*

*“Sim, muitas dificuldades”, assegura Branco.*

Por esta razão, os profissionais de saúde devem estar atentos para quando isto acontecer atuarem, proporcionando uma melhoria no estado de saúde do utente, evitando assim o abandono do tratamento ou mesmo uma recaída da doença, o que só traria mais complicações para o utente.

### **Análise da 3ª Categoria- Os factores que levam ao abandono do tratamento da TB**

Quando se fala do abandono de tratamento há quem diga que nunca o fará, mas também já há quem o fez e o motivo foi o esquecimento, como consta nestes pequenos trechos de fala dos entrevistados:

*“Sim. Esqueci-me do tratamento durante dois dias”, diz Azul.*

*“Nunca. Nunca deixei de fazer o tratamento”, defende Amarelo.*

Em conclusão, diria, que por ser um tratamento longo, tem as suas dificuldades. O que não impede de seguir correctamente a medicação, porque só assim ficam totalmente curados.

Também, uma boa ventilação das habitações é essencial para a não proliferação da bactéria: Assim como admitiram os utentes nas suas afirmações que em seguida transcrevo:

*“Abrimos as janelas todos os dias”, diz Rosa.*

*“Entra muita luz do sol”, afirma Preto.*

*“Sim entra luz à vontade”, assevera Amarelo.*

É sempre importante explicar aos utentes a importância de uma boa ventilação do quarto e de toda casa onde moram. Isso impede a proliferação da bactéria que poderia posteriormente contaminar outras pessoas.

#### **Análise da 4ª Categoria- Comportamento da família em relação ao utente com TB;**

As famílias dos entrevistados são compostas no máximo de cinco pessoas que dão o apoio necessário para o seguimento do tratamento. Assim, na entrevista, o Azul responde: *“Sim, acompanharam-me durante o internamento”*. O Branco disse: *“Tenho apoio do meu filho”*. E o Preto também responde: *“Sim, apoia-me em tudo”*.

Em suma, um bom relacionamento familiar contribui também para o seguimento do tratamento e para baixar a taxa de abandono do mesmo. O apoio da sociedade onde o utente está inserido contribui também para uma melhoria eficaz do utente portador da TB.

Nesta ordem de ideias, torna-se necessário promover ações de integração do utente com TB nas diferentes esferas do país, da sociedade até a casa onde ele mora com os seus familiares. Além de implementar medidas educativas quer para a sociedade em si quer para os portadores da TB de modo a terem um melhor conhecimento da doença.

#### **Análise da 5ª Categoria- O papel do enfermeiro em relação ao utente com TB.**

O enfermeiro é sempre importante, porque é quem tem o maior conhecimento e pode transmiti-lo aos utentes de modo a ajuda-los no tratamento da doença.

*“Dar mais informações, divulgar através das reuniões”, diz Preto.*

*“Para além do tratamento faz visitas domiciliárias para fazer o acompanhamento familiar do utente”, afirma Branco.*

Assim, deve-se concluir que o enfermeiro é a porta-voz do conhecimento. Fala da TB e é quem dá as informações necessárias para o tratamento e melhor continuidade do mesmo.

O enfermeiro torna-se importante para promover de forma correta a conduta durante o internamento, o tratamento e alta do utente. O utente deverá ter alta hospitalar com consulta previamente agendada e a tomada dos medicamentos de forma correta. A

confirmação do atendimento do utente durante as consultas de controlo faz com que este tenha um acompanhamento mais adequado até a cura.

### **3.3. Discursão dos resultados**

Tendo concluído esta fase do trabalho, torna-se necessário fazer uma análise dos dados para saber até que ponto o investigador consegue fazer uma reflexão dos dados colhidos junto dos seus entrevistados para a confirmação ou não dos pressupostos.

É neste sentido que se pretende com a análise dos dados, no que tange ao objectivo geral, saber quais os fatores de não adesão terapêutica dos doentes com tuberculose inscritos na DGSSV.

Os resultados obtidos da investigação mostram que a maioria dos utentes entrevistados faz o tratamento correto até ao fim. Um ou outro esquece nos fins-de-semana, o que não é relevante; todos têm apoio dos familiares; a subsistência é de sobrevivência do dia-a-dia; quanto ao grau de escolaridade a maioria é analfabeta; nem todos têm conhecimento/entendimento da doença.

É importante dizer que o enfermeiro responsável pelo sector da TB na DSSV tende a dar resposta ao número de casos que já existem ou tendem a aparecer. Logo as respostas esperadas são positivas visto que o mesmo responsável faz visitas domiciliárias para fazer o recrutamento dos faltosos e ajudar a família do utente com TB. É importante que o enfermeiro faça uma educação para saúde constante, principalmente para chamar atenção aos riscos que correm ao abandonar o tratamento quer para os mesmos e ainda pela comunidade onde estão inseridos.

Em suma, os utentes portadores da TB tendem a seguir com o tratamento mesmo com as dificuldades que vão aparecendo ao longo do mesmo. E o mais importante é o apoio familiar, visto que a família é a base da sociedade, e contribui para o sucesso do tratamento. O abandono deste é sempre prejudicial para a saúde do utente, pois a reincidência é sempre mais complicada de tratar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose é uma doença contagiosa de fácil transmissão. O profissional de saúde tem-se esforçado no sentido da não propagação e irradicação. É uma doença que envolve aspetos comportamentais, psíquicos, sociais e requer, portanto, decisões compartilhadas e responsabilizadas dos serviços, da equipe de saúde e das redes de apoio, com abordagens que atendam às singularidades socio-culturais, visando uma melhor consciencialização e promoção para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Mas às vezes muitos dos utentes não querem tomar consciência da gravidade da doença, não pela compreensão desta mas sim, em alguns casos, pelo grau de instrução.

É um compromisso que todos nós, promotores de saúde devemos ter em conta. Por ser um trabalho científico, servirá aos profissionais como guia de atuação perante os utentes porque muitas vezes não é feita uma melhor abordagem devido algumas situações particulares que desconhecemos. É sempre bom fazer um trabalho desta natureza com orientações de como atuar no nosso dia-a-dia. Alguns doentes da Tuberculose abandonam o tratamento sem saber as consequências que daí podem advir.

Outros são conscientes da gravidade da situação e levam o tratamento ao fim. Por norma, sempre que os doentes faltam ao tratamento, é procurado administrar o DOT onde ele estiver por um profissional de saúde. A Delegacia Saúde de São Vicente trabalha com a descentralização, em que os doentes são distribuídos pelos Centros das respetivas zonas para DOT dos medicamentos e acompanhamento Médico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Barosso E. (2002), Brasil, Imonopatogenico Tuberculose na infância e na Adolescência.

Bataieiro M. O. (2009), São Paulo, Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para Tuberculose: dimensões Organizacionais e de desempenho dos Serviços de Saúde, Tese de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Bertolozzi, M. R. (2005), no Município de São Paulo, Adesão ao Tratamento da TB na perspectiva da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS). Tese de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Campelo A. Cunha I. Sousa W. (2002), Brasil, Ministério da Saúde Secretaria de Política da Saúde Departamento de Atenção Básica, Normas e Manuais Técnicos nº148.

Campos HS. (2006), Brasil, Etiopatologia da tuberculose e formas clínicas, Endereço para correspondência: Hisbello S. Campos. Rua do Catete, 311 / 708, CEP -22220-001, Rio de Janeiro, RJ.

Campos HS. (2009), Rio de Janeiro, Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas, Curso de tuberculose - aula 2, 23/06/2016, 23:06.

CARNEIRO, M. M. da S. ANDRADE, M.; A estratégia de enfermagem no controle da Tuberculose.

Chirinos NEC. Meirelles BHS. (2000 a 2009), Brasil, fatores Associados ao Abandono do Tratamento da. Santa Catarina, 06/07/2016, 20:27.

Coordenação Geral De Doenças Endêmicas epidemiológica, Área Técnica De Pneumologia Sanitária.

Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (2004), Rio de Janeiro, Sistematização das propostas do II SNDE. João Pessoa;

Ertal I. (2011), Lapa, Proposta de Consulta de Enfermagem: Orientações em Saúde aos Pacientes Portadores de Tuberculose: Gerência Técnico de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde.

Ezembro E. Azam K. Cadir N. (2012), Brasil, Maputo, Ministério da Saúde Manual de Baciloscopia da Tuberculose Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT, 25/06/2016, 20:17.

Façaanha, M.C. (2005), São Paulo, Tuberculose: subnotificação de casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza-CE. Revista Brasileira de Epidemiologia. V.1.

Ferri A. Aguiar B. Picoli S. (2004), Brasil, Diagnóstico da tuberculose: uma revisão,



25/06/2016, 20:19.

Figueiredo, Almeida N. (2005), Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. 2ª ed. São Paulo: Yendis.

Filho C. (1900-1950), História social da tuberculose e do tuberculoso,  
<http://books.scielo.org>. 25/06/2016, 20:12.

Foccacia, R. (2009), Tratado de Infectologia vol.1. ed.04. São Paulo. Atheneu.

FORTIN, M. F.; CÔTE, J. e FILION, F. (2009). Fundamentos e etapa do processo de investigação.

Gomes, M; Faresin S.M. (2006), Atualização e Reciclagem Pneumológica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter

Gonçalves H. Costa J. Menezes A. Leal O. (1999), Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente, Caderno Saúde Pública, 16/09/2016, 09:23.

Governo do Estado Secretaria da Saúde (2001), São Paulo, Cartilha de Perguntas e Respostas — TUBERCULOSE, Internet: [www.cve.saude.sp.gov.br](http://www.cve.saude.sp.gov.br) , 27/06/2016, 17:40.

Hijar, M. A; Gerhardt, G; Teixeira, G.M; Procopio, M.J. (2007), Retrospecto do controle da Tuberculose no Brasil. Revista de Saúde Pública. Suplemento 1. <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mz.html>, 30/06/2016, 18:30. *Investigação*. 1ª Edição. Loures, Lusodidacta..

Jesus B. Souza P. Silveira M. Ramos L. (2009), Perfil epidemiológico da tuberculose na cidade de Montes Claros Revista. Brasileira. Farmácia. 93 (1),14/09/2016, 14:40

Juk, B.V; Fernandes L. A (1992), Tísica no Paraná. Secretaria de saúde do Paraná. Casa da memória da Saúde Pública do Paraná. Curitiba.

Kritski, A. L; Conde M. B; Souza G. R. M. (2000), Tuberculose - Do Ambulatório á Enfermaria. 2ª ed. São Paulo: Atheneu.

Lima, H.M.M. (2006), Adesão ao Tratamento de HIV/AIDS Por pacientes com AIDS, Tuberculose e usuários de drogas de São Paulo. Tese de mestrado. (LEITE 2006).

Lopes J. (2011) Porto, Guias de Saúde Volume 2, Tuberculose,  
[www.quidnovi.pt/quidnovi@quidnovi.pt](http://www.quidnovi.pt/quidnovi@quidnovi.pt) .

Machado, G. S. O trabalho do Serviço Social nos CAPS, (2009). Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/6342/4641>.

March M. (1985), Brasil, Tuberculose histórico, Tuberculose na infância e na Adolescência. Maria José Procópio-RJ. EAD/ENSP.

McCloskev C. J.e Bulechek M. (2004), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).3ª edição. ARTMED. Porto Alegre;

Mendes, A.M; Fensterseifer, L.M. (2004), Tuberculose: Porque os Pacientes Abandonam o Tratamento. Boletim de Pneumologia. Sanitária. Vol 12. R.J. VERONESI 1997.

Ministério de Saúde (1999), Brasil, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Secretaria DE Vigilância Em Saúde, Departamento De Vigilância Epidemiológica.

Ministério de Saúde de Cabo Verde (2010), Cabo Verde Tuberculose, Ministério de Saúde,[www.aho.afro.who.int/profiles\\_information/index.php/Cape\\_Verde:Tuberculosis](http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Cape_Verde:Tuberculosis).

Ministério de Saúde de Cabo Verde (2012), Praia, Guia técnico de Controlo da Tuberculose, Direção Nacional de Luta a Tuberculose e Lepra, Atualização em Agosto.

Ministério de Saúde de Cabo Verde, (2001), Praia, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário Reformar para uma Melhor Saúde, VOLUME II.

Ministério de Saúde do Brasil (2002), Brasil, Controle da Tuberculose, uma Proposta de Integração Ensino-Serviço.

Ministério de Saúde do Brasil (2002), Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Cadernos de Atenção Básica. 6ed.

Ministério de Saúde do Brasil (2004), Brasília, Tratamento da coinfeção HIV/TB em adultos e adolescentes. 1ª ed.: A Secretaria.

Ministério de Saúde do Brasil (2008), F.O. C Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Controle da Tuberculose: Uma proposta de Integração Ensino-Serviço

Ministério de Saúde do Brasil (2011), Brasil, Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Ministério de saúde do Brasil (2011), Inca. Diretrizes do Programa de Controle do tabaco. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/index.asp>.

Ministério de Saúde do Brasil (2011), Portal da Saúde. Estratégia DOTS discutida no Congresso Mundial de Epidemiologia. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.

Ministério de Saúde do Brasil, (2005) Brasília- Guia de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. 6ª ed.

Ministério de Saúde do Moçambique (2009), Moçambique Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente.

Ministério de Saúde do Moçambique (2012), República de Moçambique, Manual de Baciloscopia da Tuberculose, Programa Nacional de controlo da Tuberculose Instituto Nacional de Saúde.

Ministério de Saúde, (2008-2011), Cabo Verde, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

Ministro da Saúde, (2009), Maputo, Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose. Resistente e Multi-Droga Resistente, Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 25/06/2016, 20:09.

Ministro de Saúde de Moçambique (2012), Plano Estratégico Nacional de Controlo da TB em Moçambique, Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Modesto C. [www.Barreirasnoticias.com](http://www.Barreirasnoticias.com). 23/09/2016, 20:55

Moreira, N.M. D; Cardoso, A.M.C. (2005) Tuberculose: causas de internação em instituição de referência terciária em Belém do Pará. Boletim de Pneumologia Sanitária, Rio de Janeiro, v. 13.

Musayón Y, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. (2010), Peruana, O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão, Rev. Latino-Am. Enfermagem [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) , 11/07/2016, 22:53.

Nogueira A. Facchinetti V. Vasconcelos T. (2012), Brasil, Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos página 2 (Revista. Brasileira. Farma. 93 (1): 3-9. ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW), [www.rbfarma.org.br](http://www.rbfarma.org.br), 21/07/2016, 22:28.

Organização Mundial de Saúde, (2004), Genebra, Guia para Agentes de Apoio ao Tratamento da Tuberculose.

Perdigão P. (2008), Moçambique, Manual Clínico de Tuberculose, Apoio aos Cursos Clínicos.

Pereira. (2011), Lapa, A Adesão ao Tratamento de Tuberculose dos Pacientes Internados em uma Instituição de Saúde: Uma Proposta Social para a Adesão

Protocolo de Enfermagem (2012), Rio Preto, Protocolo de Enfermagem. Gerência Técnico de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde.

Furtado J. (2013) Praia, A tuberculose pulmonar: Caracterização do perfil dos Pacientes Identificados na Cidade da Praia.

Relatório Estatístico da Saúde (2013), Cabo verde, a incidência da Tuberculose em Cabo Verde.

Ribeiro L. A. e Cardoso A. (2007), Dor: um foco da Prática dos Enfermeiros in

Revista Dor. Volume nº15:1.

Rocha A. et. *al.* Mourão G. (2008), Rio Janeiro, Controlo da Tuberculose, uma proposta de integração ensino serviço/ Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância; coordenado por Maria José Procópio. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, [www.ead.fiocruz.br](http://www.ead.fiocruz.br) , 03/07/2016, 22:18

Rocha e Fermino. (2013), Mindelo, Tuberculose Pulmonar Conhecer para Melhorar Cuidar.

Rodrigues L. e Barata R. (2007), Brasil, Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas, Rev. Saúde Pública 2007;41 (Supl. 1):1-2.

Rodrigues, I.L. A; Monteiro, L. Silva, S.D.B. (2010), Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. Rev.escola de enfermagem. USP vol44 n 2. São Paulo June. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso em 30.07.2011.

Ruffino, N. A. (2002), Brasil, Tuberculose: A calamidade negligenciada. Revista da sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Uberaba. V.35. Nº1.

Sá L.D; *et. al.* (2007), Brasil, Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de Abandono. Escola de enfermagem. Florianópolis.

Sant'Anna (2002), Brasil, Tuberculose na infância e na adolescência, São Paul. Rio Janeiro. Ribeirão Preto. Belo Horizonte.

Silveira MPT, Adorno RFR, Fontana T. (2007) Brasil, Perfil dos pacientes com tuberculose e avaliação do programa nacional de controlo da tuberculose em Bagé.

Smeltzer SC, Bare BG. (1999), Brasil, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan SA.

Souza M e Vasconcelos T, (2005), Fármacos no Combate à Tuberculose: Passado, Presente e Futuro, Vol. 28, No. 4, correio electrónico: [marcossouza@far.fiocruz.br](mailto:marcossouza@far.fiocruz.br) , 14/09/2016, 14:31.

Carneiro M. e Andrade M. (2008), Brasil, A estratégia da enfermagem no controlo da Tuberculosa: implicação para o enfermeiro Promotor da Saúde, Informe-se em promoção da saúde, v.4, n.2.p.20-21. 11/07/16, 22:54.

Vasconcelos, E. (1997), Brasil, Educação popular nos serviços de saúde. 3ª ed. São Paulo. Hucite.

## Apêndice I – Carta da direção DSSV

*Para Autógrafa  
Comunicar a Enfermeira  
N.ª da Luz Silva*

Exmo. Senhor Delegado de Saúde  
São Vicente  
Dr. Elísio Silva

Mindelo, 28 de Junho de 2016

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Armanda Antónia da Luz Silva, aluna nº3650 Concluindo o curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema " Adesão terapêutica dos Doentes de tuberculose".

O referido trabalho tem como objetivo geral determinar a adesão dos pacientes com tuberculose ao tratamento e os factores associados com a não adesão, fracasso e abandono na Delegacia de Saúde São Vicente, e nesta lógica delinea-se os objetivos específicos pretendidos:

- Identificar os factores de não adesão, fracasso e abandono terapêutico dos doentes de Tuberculose.
- Compreender e reflectir perante os cuidados de enfermagem para com os tuberculosos.
- Promover o incentivo à terapêutica completa nos doentes de tuberculose.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto ao Técnico Estatístico e o enfermeiro responsável na área referida.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expetativa de uma resposta favorável,

A requerente,

Armanda Antónia da Luz Silva

*Armanda Antónia da Luz Silva*



*Suzely Reis*  
36/07/16.

ENTRADA	
Entrada nº	155
Em	28/06/2016
Assinat.	<i>[Assinatura]</i>
Delegacia de Saúde	

## **Apêndice II - Guião de entrevista ao enfermeiro**

### **1- Dados pessoais**

Idade

Estado civil

Profissão

Tempo de serviço

Tempo responsável pelo serviço

### **2- Questões**

1- Descreve o trabalho de um responsável pelo TB São Vicente?

2- Na sua opinião qual é aderência ao tratamento TB?

3- Como tem sido a dedicação dos enfermeiros perante o tratamento?

4- Como tem sido a educação para com os utentes de TB?

5- Os utentes têm entendido o que é a sua doença?

6- Qual é a aceitação da doença dos utentes?

7- Qual é o sentimento que os utentes têm mostrado perante a doença?

8- Os profissionais de saúde têm atingido os objetivos que é educação e sensibilização dos utentes?

-----

Mindelo 4 Julho de 2016

### **Apêndice III – Guião de entrevista aos utentes de TB.**

#### **1-Dados Pessoais:**

Idade \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Habilitação  
literário \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_ Estado  
Civil \_\_\_\_\_.

- 1) Há quanto tempo soube que está doente?
- 2) Como se sentiu quando lhe disseram que tinha tuberculose?
- 3) Quem deu-te o diagnóstico?
- 4) O que sabe sobre a sua doença?
- 5) O que sabe sobre o tratamento?
- 6) Alguma vez deixou de fazer o tratamento? Se sim quais os motivos que o levaram a deixar o tratamento?
- 7) Quais as dificuldades enfrentados ao longo do tratamento?
- 8) Tem hábito de consumir bebida alcoólica e fuma com frequência? Se sim com que frequência?
- 9) Tem hábito de fumar?
- 10) Tem habito de praticar exercício físico, se sim qual?
- 11) Vive com quem?
- 12) A sua família sabe que está doente? Tem-lhe dado apoio?
- 13) Qual é a relação com a sua família?
- 14) Quantas pessoas vivem em sua casa?
- 15) Tem algum familiar seu com tuberculose? Quantos são?
- 16) Descreve a casa onde mora?
- 17) A sua casa é arejada e tem iluminação natural?
- 18) Quantas refeições fazem por dia?
- 19) O facto de ter a tuberculose impede-o de trabalhar e ter uma vida ativa?
- 20) Conhece os riscos de não tomar a medicação conforme a prescrição medica?
- 21) Quais os cuidados que o enfermeiro lhe presta frente a esta doença?
- 22) Está satisfeito com o apoio recebido pelos enfermeiros?

-----  
Mindelo 04 Julho 2016

## Apêndice IV - Termo de Responsabilidade de Orientação



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Omnium Potentior Est

### TERMO DE RESPONSABILIDADE de ORIENTAÇÃO

Eu, José Luís Lima Spencer, grau: Mestrado,  
declaro que o aluno Armanda Gubéria da Costa Silva, N.º 3650  
Finalista do curso de Licenciatura/Complemento Enfermagem realizou sob a minha  
orientação o Trabalho de Conclusão Curso/Monografia/Relatório de Estágio/Projeto de Licenciatura  
intitulada: "Adesão Terapêutica dos dentes com  
Tuberculose".  
e que a mesma foi desenvolvida de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação dos TCC's  
da UNIVERSIDADE DO MINDELO e reúne todas as condições para a sua apresentação e defesa.

Mindelo, 14 de junho de 2016

O Orientador

José Luís Lima Spencer



**Anexo I - Medicamentos antituberculosos de 1ª linha (Apresentação isolada).**

<b>Medicamentos</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Dose</b>	<b>Dose máxima por dia</b>
Rinfampicina (R)	Cápsula ou comprimidos de 300mg e 150mg	10mg/ kg/dia	600mg
Isoniazida (H)	Comprimidos de 100mg e 300mg	Adulto- 5mg/kg dia  Criança- 10mg/kg/  Dia	300mg
Etambutol (E)	Comprimido de 400mg	15mg/kg/dia	1200mg
Estreptomicina (S)		15mg/7kg/7 dia	1000mg (doentes > 45 anos de idade devem fazer 750mg ou mesmo 500mg por dia devido a possível intolerância a doses superiores)
Pirazinamida (Z)	Comprimidos de 400mg e 500mg	Adulto- 25mg/kg/dia  Criança- 30mg /kg/ dia	2000mg

## Anexo II - Medicamentos Antituberculosos de 2ª Linha (ou de Reserva)

Medicação	Comprimido	Dosagem	Administração
Kanamicina E Amicacina	250mg 500mg ou 1g.	250mg 500mg ou 1g. A dose ótima é de 15mg/kg geralmente 750mg a 1g.	Injetável
TERIZIDONA	250mg	15-20mg/kg, a dose habitual é 600mg	Terizidona (dose ser evitadas nos doentes com histórias de epilepsia, patologia do foro psiquiátrico ou alcoolismo).
OFLOXACINA  Ciprofloxacina LEVOFLOXACINA	200 ou 400mg de ofloxacina e 250 ou 500mg de ciprofloxacina e 250mg ou 500mg Levoxacilina	Dose diária habitual- 600 ou 800mg de ofloxacina, 1000- 1500mg de ciprofloxacina e 500mg a 750mg ou de levofloxacina	Não devem ser administrados a grávidas e crianças

-	200 ou 400mg e 250 ou 500mg	Dose diária habitual- 600 ou 800mg de ofloxacina, 100-1500mg de ciprofloxacina e 500mg a 750mgou de levofloxacina	Não devem ser administrados a grávidas e crianças
Etionamida (ou protionamida)	de 125mgou 250mg.	A dose diária não deve exceder 15-29mg/kg ou 1g	Pode ser melhor tolerada se administrada com sumo de laranja ou leite.

### Anexo III- Cronograma

		Meses				
		Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Fase Inicial	Tema					
	Pesquisa					
	Pergunta de Partida e justificativa					
	Objetivos					
	Escolha da Abordagem					
	Construção da Problemática					
	Enquadramento Teórico					
	Entrega/Apresentação do projeto					
Fase de Execução	Procedimentos éticos					
	Trabalho de pesquisa					
	Método e Instr. de Recolha de dados					
	Participantes					
	Campo Empírico					
	Recolha de dados					
	Tratamento de dados					
	Apresentação dos resultados					
Fase de Encerramento	Interpretação dos resultados					
	Introdução					
	Considerações Finais					
	Resume					
	Enviar o TCC ao Orientador					
	Revisão e Tradução					
	Entrega no SAA					

## **Anexo IV- Total de casos TP em São Vicente**

### **Total Casos TB pulmonares por idade e sexo em São Vicente**

<b>Idade</b>	<b>Género</b>	
	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
15-24	1	4
25-34	9	5
35-44	15	1
45-54	9	1
55-64	2	2
65	1	0
Desconhecido	0	0
Total	37	13

## Anexo V - Relatório estatístico anual, de casos de tuberculose- 2015

Trimestral	Caso Tuberculose pulmonar (BK) positiva			
	Casos TB	Recaída	Fracasso	Abandono
1º	2	1	0	0
2º	13	3	0	0
3º	15	1	0	1
4º	7	2	0	0
Total	37	7	0	1

**Anexo VI- Casos novos de TB EXTRA-PULMONAR por idade e sexo**  
**Ano: 13/01/2016**

<b>Idade</b>	<b>Género</b>	
	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
15-24	1	1
25-34	2	0
35-44	2	0
45-54	0	0
55-64	0	0
> 65	0	0
Desconhecido	0	0
Total	5	1